

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова»

На правах рукописи

АФОНАСЕНКО ЕЛЕНА ВИКТОРОВНА
РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В БЮДЖЕТНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(на примере стоматологии)

08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(экономика труда)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
экономических наук

Научный руководитель:
доктор экономических наук
ДОЛЖЕНКОВА Ю.В.

Москва - 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава 1 Современные подходы к организации оплаты труда работников в бюджетном здравоохранении	13
1.1 Трансформация характера, содержания и организации труда работников стоматологических бюджетных учреждений здравоохранения в условиях реформирования отрасли.....	13
1.2 Предпосылки перехода на новую систему оплаты труда медицинских работников	29
1.3 Эффективный контракт: характеристика теоретических подходов и этапов реализации.....	44
Глава 2 Исследование ключевых направлений внедрения новой системы оплаты труда в стоматологических учреждениях здравоохранения.....	56
2.1 Особенности формирования фонда оплаты труда в учреждении здравоохранения города Москвы	56
2.2 Оценка системы оплаты труда в государственном бюджетном лечебно-профилактическом учреждении стоматологического профиля в условиях внедрения новой системы оплаты труда	74
2.3 Анализ существующей практики оценки результатов труда в учреждении здравоохранения стоматологического профиля при введении новой системы оплаты труда	91
Глава 3 Концептуальные подходы к развитию системы оплаты труда в бюджетных учреждениях здравоохранения стоматологического профиля.....	108
3.1 Методические рекомендации по разработке и внедрению «эффективного контракта»	108
3.2 Формирование базового оклада и компенсационной части при переходе на новую систему оплаты труда	120
3.3 Разработка системы показателей и критериев эффективности деятельности медицинских работников при переходе на «эффективный контракт» ...	140

Заключение	158
Список литературы	162
Приложение А. Рекомендуемая форма дополнительного соглашения к Трудовому договору с работником	187
Приложение Б. Положение об оплате труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг	192
Приложение В. Анализ трудовой деятельности медицинских работников ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №26» ДЗМ с использованием хронометражных наблюдений	194
Приложение Г. Критерии и показатели эффективности деятельности для назначения стимулирующей выплаты за интенсивность и высокие результаты труда	196

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проводимая в настоящее время в Российской Федерации реформа здравоохранения направлена на улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи путем эффективного использования финансовых, материальных, человеческих ресурсов в условиях увеличивающейся конкуренции на рынке медицинских услуг. Однако сокращение государственного финансирования учреждений здравоохранения, а также трансформация экономических и социально-трудовых отношений в этой сфере привели к определенным проблемам в укомплектовании бюджетных лечебно-профилактических учреждений квалифицированными кадрами и стимулировании их труда. Особенно остро это отражается на организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, к числу которых относятся, например, детские стоматологические поликлиники. В этой сфере медицинских услуг, в отличие от других направлений здравоохранения, возник и динамично развивается рынок платных услуг. Открываются частные коммерческие поликлиники, растет сектор платных услуг в бюджетных поликлиниках, где оказываются услуги не только детям, но и взрослым, организовываются «семейные клиники». Одновременно происходит сокращение финансирования фондом обязательного медицинского страхования (ОМС) учреждений здравоохранения, что приводит к уменьшению объемов и видов бесплатной помощи, снижению уровня внедрения современных технологий лечения и профилактики заболеваний, снижается заинтересованность врачей в качественном выполнении своего профессионального долга. Такая ситуация не может не отразиться на качестве предоставляемой медицинской помощи и услуг. В связи с этим развитие системы здравоохранения в целом, в том числе и государственной стоматологической службы, предполагает решение комплекса задач. Важнейшей из них является повышение уровня

среднемесячной заработной платы отдельных категорий работников¹, т.к. от этого зависит обеспеченность медицинских учреждений персоналом и эффективность их труда. При этом уровень и динамика заработной платы «выступают одним из основных критериев оценки эффективности проводимых в стране экономических преобразований»². Однако сложившиеся подходы к регулированию заработной платы в бюджетной сфере не соответствуют требованиям сегодняшнего дня и нуждаются в продуманных политических и экономических решениях на каждом уровне управления.

По данным Федеральной службы государственной статистики, заработная плата российских врачей в целом по РФ достигла в 2016 году лишь 155,1 % к средней по экономике, увеличившись за год на 5,8% - до 50,7 тысячи рублей в месяц. В 2017 году она уже составила по РФ 56,4 тысяч рублей, что на 5,7тысяч рублей выше показателя предыдущего года.

Средняя заработная плата врачей за 2016 год в Москве - 86 771,00 руб., что составляет лишь 137,8 % от среднемесячной начисленной заработной платы. Однако позитивная тенденция все-таки отмечается, так, средняя начисленная заработная плата по врачам по сравнению с показателями 2015 года выросла в целом по стране на 5,5%, по Москве – на 9 %³. В 2017 году данная тенденция сохранилась: средняя заработная плата врачей в Москве составила 99,2 тысячи рублей. Отмечаются положительные тенденции и в оплате труда среднего медицинского персонала⁴. В то же время, на сегодняшний день статистика отражает лишь общий объем финансовых средств, которые выплачиваются работнику за все виды работ, не показывая, что заработок медицинских работников складывается не только за работу по основному месту, но и за совместительство,

¹Указ Президента Российской Федерации «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2013 г. №598. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70170948/> (дата обращения: 10.09.2014).

²Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. – М.: ИД «АТиСО», 2014. – С.56-68.

³Федеральная государственная служба статистики. Официальный сайт. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 03.09.2016).

⁴Федеральная государственная служба статистики. Официальный сайт. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>(дата обращения: 28.08.2018)

выполнение 1,5 - 2 ставок, ужесточения нормирования труда. Не менее важными проблемами «... в области управления медицинскими кадрами являются уравнилельные подходы к оплате труда медицинского персонала и снижение престижа медицинской профессии»⁵.

Исследователи неоднократно предпринимали попытки научного обоснования систем оплаты труда, в том числе и в здравоохранении. Единая тарифная сетка (ЕТС) применялась в бюджетной сфере в условиях переходного периода от плановой экономики к рыночной, что было оправдано с точки зрения гарантированного характера выплат, несмотря на низкий их уровень. Однако ее применение стало невозможным, так как появились новые источники финансирования: средства фонда обязательного медицинского страхования (ОМС), доходы от оказания платных медицинских услуг и от реализации целевых программ.

Новая система оплаты труда (НСОТ) стала вводиться в отрасли здравоохранения поэтапно: некоторые регионы начали применять ее в своих медицинских учреждениях в рамках «пилотных» проектов уже в 2007 году, а в 2008 году реформа системы оплаты труда в бюджетном секторе здравоохранения начала осуществляться повсеместно.

Однако анализ результатов этих нововведений показывает, что последствия их весьма неоднозначны и нуждаются в теоретическом осмыслении и практической корректировке.

Степень научной разработанности проблемы. Вклад в отечественную и зарубежную науку в вопросах изучения заработной платы и материального стимулирования работников, нашли отражение в работах М. Армстронга, Л.С. Бабыниной, В.Н. Бобкова, О.А. Бодровой, Н.А. Волгина, Г.М. Гайдарова, Е.В. Галаевой, А.Л. Жукова, А.Я. Кибанова, И.В. Корнеевой., Д.Т. Милкович, Е.А. Митрофановой, Ю.Г. Одегова, М.Л. Пироговского, Г.Г. Руденко,

⁵ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.02.2014 года № 294.

Н.И. Соколовской, А.А. Федченко, Р.И. Хендерсона, В.М. Шиповой, Р.А. Яковлева.

Немало работ отечественных авторов посвящено вопросам развития оплаты труда медицинских работников, в том числе с учетом реформирования системы здравоохранения. Значительный научный и практический интерес представляют работы Т.И. Алексеевской, А.И. Вялкова, Л.А. Габуевой, Э.В. Зиминной, Ф.Н. Кадырова, М.Г. Колосницыной, А.А. Косенко, Т.А. Лапиной, С.В. Макарова, И.В. Оловянишниковой, А.Л. Пидде, Л.П. Пчела, Т.О. Разумовой, А.Л. Сафонова, В.И. Стародубова, А.Д. Степанова, В.В. Степанова, В.М. Чернышева.

Вместе с тем, несмотря на то, что в настоящее время в научном сообществе существует стабильный интерес к исследованию вопросов оплаты труда, проблема развития системы оплаты труда в условиях развития современной стоматологической службы является еще недостаточно изученной. Это в полной мере относится и к бюджетным учреждениям этой подотрасли здравоохранения, и в первую очередь касается разработки системы показателей и критериев эффективности деятельности медицинских работников при переходе на «эффективный контракт». Актуальность проблемы, ее теоретическая и практическая значимость предопределили выбор темы настоящего исследования, его цель и задачи.

Целью диссертационного исследования является выявление и теоретическое обоснование приоритетных направлений развития основных элементов новой системы оплаты труда (НСОТ) и развитие методического инструментария перехода на «эффективный контракт» на основе комплексного анализа результатов ее внедрения в бюджетных стоматологических лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Для достижения цели поставлены следующие **задачи**:

- раскрыть особенности характера, содержания и организации труда работников медицинских учреждений в условиях реформирования системы здравоохранения, которые необходимо учитывать в системе оплаты труда

(уникальность предмета и орудий труда, высокие требования к уровню квалификации и сертификации работников, необходимость постоянного обновления профессиональных знаний, повышенная сложность труда в системе человек-человек);

- исследовать предпосылки трансформации государственного подхода к оплате труда медицинских работников в бюджетном секторе с учетом происходящих реформ в низовом звене управления в здравоохранении (ЛПУ);
- выявить, на основе проведенного комплексного анализа, основные шаблонные показатели деятельности медицинских учреждений, которые учитываются при внедрении и функционировании НСОТ в стоматологических ЛПУ;
- сформулировать предложения по совершенствованию основных элементов (базовый оклад, выплаты компенсационного и стимулирующего характера) НСОТ с учетом требований трудового законодательства и качества оказания стоматологических услуг;
- разработать и обосновать, с учетом особенностей деятельности бюджетных стоматологических учреждений, подходы к определению показателей эффективности деятельности медицинских работников стоматологического ЛПУ, определяющих размер выплат стимулирующего характера, в условиях перехода учреждений здравоохранения на «эффективный контракт».

Объектом исследования является новая система оплаты труда (НСОТ), применяемая в бюджетных учреждениях здравоохранения стоматологического профиля.

Предметом исследования выступают социально-трудовые и организационно-экономические отношения, возникающие в процессе внедрения и функционирования НСОТ в бюджетном здравоохранении.

Информационную базу диссертационного исследования составляют нормативные правовые акты федеральных и региональных органов государственной власти, в том числе аналитические и информационные материалы Правительства Российской Федерации, Федеральной службы государственной

статистики, Министерства здравоохранения Российской Федерации, материалы научно-исследовательских и экспертно-аналитических центров, научно-практических семинаров и конференций, данные ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы», ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 28 Департамента здравоохранения города Москвы» и ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 29 Департамента здравоохранения города Москвы» при подготовке отчетов Департаменту здравоохранения города Москвы, данные Интернет-источников, российских и зарубежных СМИ, посвященных вопросам оплаты труда, в том числе в бюджетном здравоохранении.

Область исследования соответствует требованиям паспорта специальности ВАК при Министерстве образования и науки Российской Федерации 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» (п.5 «Экономика труда»): п. 5.4. «Система отношений «человек-производство» (виды, содержание, разделение, кооперация, специализация труда и т.д.); закономерности и новые тенденции формирования, распределения, обмена и использования рабочей силы; механизмы повышения их эффективности в социальной рыночной экономике; пути эффективного использования действующих и создания новых рабочих мест»; п. 5.6. «Стимулирование и оплата труда работников; организация заработной платы и обеспечение ее взаимосвязи с квалификацией персонала и результативностью производства; воспроизводственная и мотивационная функция заработной платы»; п. 5.8. «Нормирование, организация и гуманизация труда, их особенности для различных сфер деятельности и категорий работников».

Достоверность результатов диссертационной работы подтверждается проведенными теоретическими и практическими исследованиями. Сформулированные по результатам исследования рекомендации основаны на использовании научных, статистических и фактических данных.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в разработке теоретического и методического обоснования практических

рекомендаций по развитию НСОТ в бюджетных учреждениях здравоохранения с учетом изменения содержания, характера и организации труда работников и требований законодательства.

Научную новизну диссертации определяют следующие положения:

1. Доказана и теоретически обоснована необходимость развития НСОТ в бюджетном здравоохранении в связи с выявлением основных направлений трансформации характера и содержания труда работников, которые включают: коммерциализацию результатов труда; переход от предоставления медицинской помощи к медицинской услуге; использование «заемного труда»; компьютеризацию лечебных процессов, которые становятся все более технологичным и требуют от работников знаний в смежных областях и информационных технологий; применение современных коллективных форм организации труда, а также прогрессивных форм его оплаты, отвечающим требованиям рыночных отношений.

2. Развита научные и методические подходы к формированию должностных окладов работников в стоматологических поликлиниках по профессионально-квалификационным группам для ЛПУ с учетом требований трудового законодательства.

3. Разработаны и систематизированы шаблонные показатели, сквозные для оценки бюджетного учреждения стоматологического профиля, его руководителя, медицинского и административного персонала, что обеспечивает формирование системы материальных стимулов, единых для всех категорий работников.

4. Разработана на основе теоретических и практических исследований типовая «дорожная карта» оценки деятельности работников бюджетных учреждений здравоохранения стоматологического профиля, целью которой является улучшение качества оказания медицинской помощи за счет повышения эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений и их сотрудников, стимулирования их труда через увеличение уровня среднемесячной заработной платы.

5. Предложена система персонифицированных показателей и критериев оценки эффективности деятельности медицинских работников для назначения выплат стимулирующего характера при переходе каждого сотрудника на «эффективный контракт» по должностям врачей-специалистов, среднего медицинского персонала, административного персонала в стоматологических ЛПУ.

Теоретическая значимость результатов исследования заключается в обосновании направлений развития системы оплаты труда работников бюджетных учреждений здравоохранения на основе фундаментальных исследований российских и зарубежных ученых. Теоретические положения диссертационного исследования могут быть использованы для разработки критериев эффективности деятельности врачей и среднего медицинского персонала.

Практическая значимость исследования. Разработанные в результате диссертационного исследования методические рекомендации, положения и выводы представляют практический интерес и могут быть использованы в ЛПУ, органами исполнительной власти в сфере здравоохранения при применении НСОТ.

Кроме того, материалы диссертации могут применяться при преподавании учебных дисциплин, таких как нормирование и оплата труда, мотивация персонала при подготовке специалистов в образовательных организациях высшего образования, а также найти применение в консультационной деятельности по вопросам оплаты работников.

Апробация работы. Наиболее важные положения диссертационного исследования докладывались автором в 2011-2017 гг. в выступлениях на международных и региональных научных и научно-практических конференциях, форумах, семинарах, круглых столах, в частности: Десятом юбилейном Кадровом форуме Черноземья с международным российско-китайским заседанием 1 марта 2017 г. Воронеж; Межвузовском круглом столе «Российский рынок глазами молодых ученых» Седьмой Фестиваль науки МГУ имени М.В. Ломоносова (г. Москва, 2012 г.); Международной научно-практической конференции:

«Социальная ответственность как фактор устойчивого развития бизнеса и общества» (Москва, 2012 г.); Межвузовском круглом столе «Российский рынок глазами молодых ученых» Восьмой Фестиваль науки МГУ имени М.В. Ломоносова (г. Москва, 2013 г.); Третьей Межвузовская научно-практической конференции «Social and Economic Challenges for the Development to Russia» («Актуальные проблемы социально-экономического развития России») (г. Москва, 2014 г.); Первой Международной научно-практической конференции студентов, аспирантов, магистров и молодых ученых «Экономика России: посткризисный период» на базе ФБГОУ ВО «Российский экономический Университет им. Г.В. Плеханова» (г. Москва, 2010 г.), где автору присвоено первое место в секции «Организационное развитие: проблемы и решения».

Результаты проведенной работы использованы ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы», ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 28 Департамента здравоохранения города Москвы» и ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 29 Департамента здравоохранения города Москвы» при подготовке отчетов Департаменту здравоохранения города Москвы, содержащих предложения по внедрению НСОТ в бюджетных учреждениях здравоохранения, о чем есть справки о внедрении.

Публикации. Основные теоретические и прикладные результаты диссертационного исследования регулярно публиковались и получили отражение в 11 работах автора, из них 5 публикаций из Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты на соискание ученой степени кандидата наук, объем которых составляет - 5,7 п.л. (авторских - 5,6 п.л.), в том числе в статьях и тезисах докладов и выступлений.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, содержащего 202 наименования, 4 приложений.

ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОПЛАТЫ ТРУДА РАБОТНИКОВ В БЮДЖЕТНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1.1 Трансформация характера, содержания и организации труда работников стоматологических бюджетных учреждений здравоохранения в условиях реформирования отрасли

Изменение экономических и политических приоритетов в России позволяют обеспечить гражданам право выбора врача и лечебно-профилактических учреждений. В РФ в настоящее время существует частное и государственное здравоохранение. К частным относятся учреждения, имущество которых находится в негосударственной собственности, а также врачи, имеющие частную практику. К государственному здравоохранению - ЛПУ, имущество которых находится в собственности государства, а финансирование их деятельности осуществляется из средств государственного бюджета страны и средств обязательного медицинского страхования⁶.

Появление лечебных учреждений различных форм собственности и внедрение достижений научно-технического прогресса в их деятельность обуславливают трансформацию характера и содержания труда медицинских работников, что требует уточнения основных дефиниций, характеризующих труд в целом, и в здравоохранении в частности. По нашему мнению, наиболее соответствующим требованиям современных науки и практики, является такое весьма распространенное определение труда, как «...целесообразная деятельность человека по преобразованию предметов природы для удовлетворения

⁶ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011) Режим доступа : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/ (дата обращения: 24.02.2017).

человеческих нужд»⁷. Однако его следует дополнить следующими характеристиками: «... деятельность, необходимую для функционирования общества, и являющейся для выполняющих ее людей источником получения средств к существованию и (или) способом жизненного обустройства»⁸.

Основными категориями труда являются его содержание⁹ и характер¹⁰. Процесс формирования специфики труда определяет его характер в целом. На каждом последующем этапе процессы труда восстанавливаются в новом качестве, вовлекая в свою сферу все большую численность людей, более квалифицированных и имеющих в своем распоряжении более качественную технику, технологию и менеджмент организации. Труд также продолжает оказывать влияние на людей и общество, но уже на другом новом уровне¹¹.

При этом происходит изменение в общих и частных признаках характера труда. Общие признаки отражают последствия реализации тех или иных форм собственности:

- отношение работников к средствам производства, продукту труда;
- проявление общественной природы труда;
- степень принудительности труда.

Частные признаки раскрывают особенности содержания труда, его специфику. В России, как и во всех странах с рыночной экономикой, начался переход к новой парадигме развития и управления и наметился переход от традиционного труда к интеллектуальному¹².

Как следует из характеристики новой парадигмы управления, существует объективное требование постоянного совершенствования профессиональных и

⁷ Рофе, А.И. Экономика труда (для бакалавров). [Электронный ресурс]: учеб. - М.: КноРус, 2015. - 374 с. - Режим доступа: <http://e.lanbook.com/book/53616> - С. 35.

⁸ Волков Ю.Е. Труд в глобальном мире // Труд и социальные отношения. - 2005. - № 4. - С. 54.

⁹ Содержание труда – это совокупность его элементов, которые определяются профессиональной принадлежностью работ, их составом, сложностью и последовательностью выполнения.

¹⁰ Характер труда – это качественные особенности труда, которые по каким-то определенным признакам выделяют тот или иной его вид в особую группу независимо от содержания труда.

¹¹ Рофе, А.И. Экономика труда (для бакалавров). [Электронный ресурс]: учеб. - М.: КноРус, 2015. - 374 с. - Режим доступа: <http://e.lanbook.com/book/53616> – С. 51.

¹² Одегов Ю.Г., Руденко Г.Г., Бабынина Л.С. Экономика труда: Учебник. В 2 т., т.1. – М.: Издательство «Альфа-Пресс», 2007. - С. 30-31.

личностных компетенций всех сотрудников, т.е. труд становится во всех отраслях, в том числе и бюджетных, более интеллектуальным, творческим, требующим специфических знаний в сфере информационных технологий.

При этом работники многих учреждений, таких как образование, здравоохранение находится в непосредственном контакте с потребителями услуг, поэтому должен обладать следующими характеристиками: «профессиональная компетентность, коммуникационные способности, морально-этические качества личности»¹³.

Особенность труда работников медицинских учреждений состоит в том, что его трудно проконтролировать, а от качества принятия решений и выполняемых функций, зависит жизнь и здоровье людей. А это предполагает «установления достойной заработной платы, обеспечивающей воспроизводство способности к труду необходимого качества ...использования мотивации в управлении трудом...»¹⁴. Следовательно, развитие системы оплаты труда медицинских работников в соответствии с изменениями его содержания и характера является весьма востребованным в настоящее время.

Анализируя характер и содержание работников здравоохранения, надо отметить, что на них оказывает влияние целый ряд факторов (Рисунок 1.1.1).

¹³Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: Монография./А. Л. Жуков (гл.1-7), Д. В. Хабарова (гл.7). - М.: ИД «АТиСО», 2014. - С. 299-301.

¹⁴ Одегов Ю.Г., Руденко Г.Г., Бабынина Л.С. Экономика труда: Учебник. в 2 т., т.1. – М.: Издательство «Альфа-Пресс», 2007. - С. 30-31.

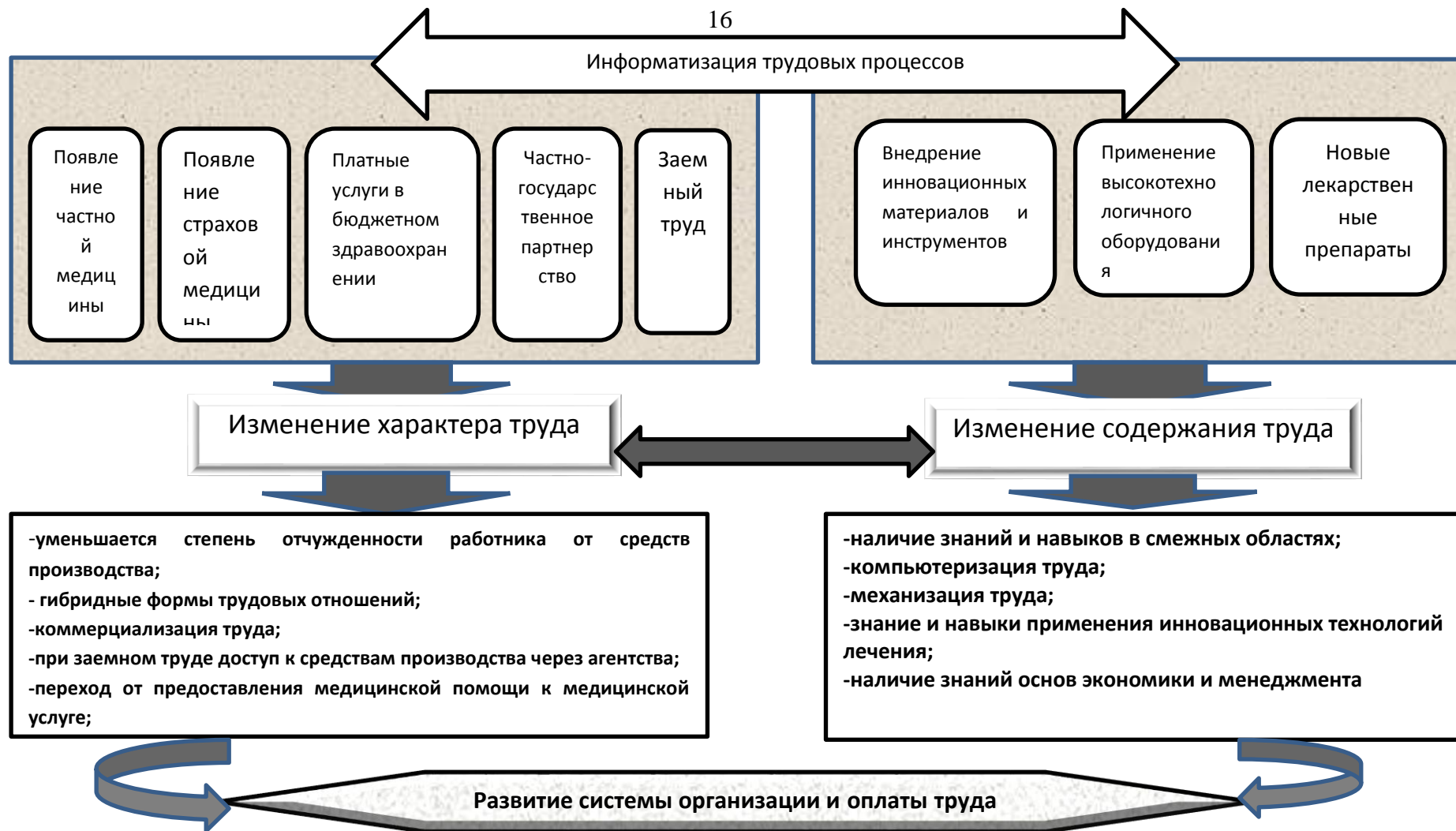


Рисунок 1.1.1 - Факторы, влияющие на содержание и характер труда в здравоохранении¹⁵

¹⁵ Составлено автором

В комплексе проводимых в настоящее время социально-экономических реформ важнейшее место занимает развитие медицинского страхования, переход к которому определен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием сектора платных медицинских услуг. В результате меняются основные показатели, характеризующие основные показатели отрасли. Это подтверждается данными Федеральной службы государственной статистики (Таблица 1.1.1).

Таблица 1.1.1 – Основные показатели здравоохранения (на конец года)¹⁶

	2013	2014	2015	2016
Численность врачей, человек: всего, тыс.	702,6	709,4	673,0	680,9
на 10 000 человек населения	48,9	48,5	45,9	46,4
Численность среднего медицинского персонала, человек: всего, тыс.	1518,5	1525,1	1549,7	1537,9
на 10 000 человек населения	105,7	104,3	105,8	104,8
Число амбулаторно- поликлинических организаций, тыс.	16,5	17,1	18,6	19,1
Мощность амбулаторно- поликлинических организаций, посещений в смену: всего, тыс.	3799,4	3858,5	3861,0	3914,2
на 10 000 человек населения	264,5	263,8	263,5	266,6

Данные свидетельствуют о возрастании тенденции неэффективного использования мощностей амбулаторно-поликлинических учреждений. Численность врачей сокращается, а численность сотрудников из категории среднего медицинского персонала растет. Число врачей на тысячу человек населения снижается, т.е. относительные показатели говорят о негативных тенденциях в отрасли. В то же время, как показывает анализ статистических

¹⁶Федеральная государственная служба статистики. Официальный сайт. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 20.05.2016).

данных, расходы на здравоохранение в Российской Федерации очень низкие и в течение трех лет остаются на одном уровне.

В 2014 г. по сравнению с 2013 г. государственные расходы в постоянных ценах сократились на 9%, а в 2015 г. дефицит средств с учетом инфляции (12,2%), девальвации рубля (60%) и задекларированных Минздравом дополнительных расходов по сравнению с 2014 г. составил почти 30% (без учета необходимости повышения заработной платы медицинским работникам – 20%). Дополнительные расходы складываются из средств, необходимых:

- на увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) 162,5 тыс. гражданам;
- на оказание гарантий бесплатной медицинской помощи новым гражданам РФ – 2,3 млн чел.;
- на повышение средней заработной платы медицинского персонала¹⁷, а также на покрытие накопленного дефицита 2014 г. в 2015 г.¹⁸.

Вместе эти расходы составляют 873 млрд руб. (без увеличения оплаты труда медицинских работников — 645 млрд руб.). А запланированное увеличение расходов на Программу государственных гарантий (ПГГ) в 2015 г. по сравнению с 2014 г. составляет всего 173 млрд руб. Разница (дефицит) — 700 млрд руб. {873 — 173}, это и есть 30% от всех расходов на ПГГ в 2015 г. (2205 млрд руб.). Другими словами, запланировали средств на 30% меньше, чем необходимо¹⁹.

Медицинское страхование способствует формированию системы платной медицины, а также является эффективным источником финансирования здравоохранения. Использование медицинского страхования на практике обусловило коммерциализацию оказываемых медицинских услуг. Врач оказывает

¹⁷ В соответствии с Указом Президента № 597 от 7 мая 2012 г. повышение средней заработной платы к 2018 году составит: врачей - до 200 % от средней заработной платы в соответствующем регионе, среднего медицинского персонала - до 100 % от средней заработной платы в соответствующем регионе, младшего медицинского персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг – 100 % от средней заработной платы в соответствующем регионе.

¹⁸ Социальные расходы в России: федеральный и региональные бюджеты. – М.: НИУ ВШЭ, 2015.- Режим доступа: <https://www.hse.ru/data/2015/05/20/1097292445/Выпуск%203.pdf> (дата обращения: 26.02.2016).

¹⁹ Газета.ру [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.gazeta.ru/> (дата обращения: 01.04.2016).

уже не ту медицинскую помощь, которая требуется, а ту, что предусмотрена медицинским страхованием, вынужден использовать материалы и технологии, предусмотренные страховым полисом. При этом врачи стремятся выполнять те виды услуг, которые более высоко оплачиваются по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), и, нередко более просты, чем трудоемкое и сложное лечение, которое имеет более низкую стоимость. А это не может не сказываться на структуре и качестве предоставляемых услуг. Врачи начинают стремиться к выполнению более выгодных в денежном выражении работ, но менее сложных по содержанию выполняемых функций (санация рта и лечение кариеса у стоматологов), иногда достаточно болезненных для пациентов. Таким образом, медицинское страхование оказывает свой специфический отпечаток на содержание и характер труда в здравоохранении, ориентируя на выполнении более выгодных работ и определенный набор трудовых функций. В то же время медицинское страхование способствует накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, является эффективным источником финансирования здравоохранения, в том числе формирования фонда оплаты труда, так как низкий уровень заработной платы, приводит к социальной незащищенности работников государственного здравоохранения.

В 2014 году был изменен порядок расчета среднего норматива объемов оказания медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо²⁰.

В рамках проводимой финансово-экономической реформы здравоохранения и организации системы медицинского страхования предусматривается внедрение новых методов оценки качества оказываемой медицинской помощи, такие как выборочные проверки диагностики и лечения.

Для выживания и успешного функционирования в условиях рынка уже ряд лет проводится реорганизация и оптимизация деятельности бюджетного здравоохранения, которая должна быть ориентирована на оказание услуг на

²⁰ Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» от 18 октября 2013 г. № 932. Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/500878/#ixzz4sNwsH7k7> (дата обращения: 10.09.2017).

высоком профессиональном и сервисном уровне. Для этого, например, в стоматологических учреждениях открываются отделения общей практики. Врачи, работающие в этих отделениях, сертифицированы по нескольким специальностям и каждый из них может оказывать различные виды стоматологических услуг. Кроме того, вводятся новые должности, разрабатывается медицинская документация, отвечающая требованиям современной стоматологии. Вместе с тем, уменьшение финансирования за счет средств ОМС организациям детской стоматологии обуславливает сокращение размеров и видов предоставляемой ими медицинской помощи, объемов внедрения передовых технологий в лечебную практику, снижает мотивацию врачей к качественному выполнению своих обязанностей. А это ведет к неизбежному поиску дополнительных источников финансирования, таких как введение в бюджетных учреждениях платных медицинских услуг. В стоматологии еще с советских времен в отличие от системы образования существует, а в последние годы активно развивается коммерческая медицина. При этом имеются различия в подотраслях здравоохранения. Например, в стоматологии, гораздо шире, чем в любой другой сфере медицинских услуг, развился альтернативный государственному рынок стоматологических услуг. Открываются взрослые и детские частные коммерческие поликлиники, растет сектор платных услуг в государственных стоматологических поликлиниках, где оказываются услуги и детям, и взрослым, организовываются «семейные клиники».

Большая часть стоматологов осуществляет свою деятельность в стоматологических поликлиниках – лечебно-профилактические учреждения, деятельность которых направлена на профилактику стоматологических заболеваний, современного выявления и лечения больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.

В состав стоматологической поликлиники могут входить:

- отделения стоматологической и хирургической стоматологии;
- ортодонтическое отделение;

- вспомогательные подразделения (рентгенологический, физиотерапевтический кабинеты);
- регистратура;
- административно-хозяйственная часть;
- бухгалтерия²¹.

Характер работы и труда сотрудников данных организаций в значительной степени определяются Порядком оказания медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях и требованиями профессиональных стандартов работников в сфере здравоохранения. В приложении № 4 к приказу Министерства Здравоохранения СССР от 10 декабря 1976г. № 1166 указано, что стоматологические бюджетные учреждения созданы в целях проведения определенных медицинских услуг.

Проводимая реформа в медицинской сфере, перевод на эффективное использование имеющихся мощностей, применение передового оборудования и методик лечения, а также на оптимизацию численности сотрудников предполагает применение современных методов организации и оплаты труда медицинского персонала. Указанные тенденции характерны и для важнейшей подотрасли здравоохранения – стоматологии. Однако исследования, касающиеся организации и предоставления стоматологических услуг, посвящены в основном²², негосударственному сектору, где более высокий уровень материальной базы, выше оплата труда, и который более привлекателен для стоматологов. Опытные стоматологи востребованы, они быстро устраиваются на работу и выбирают наиболее выгодные для себя условия работы. Нужно учитывать и то, что хорошие стоматологи редко ищут новое место работы, а их работодатели, заинтересованные в данных врачах, стараются создать им в своей клинике максимально выгодные и комфортные условия работы. Квалифицированные врачи-стоматологи сейчас

²¹ Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – 5-е изд., перераб. и доп. М. : МЕДпресс-информ, 2009. С. 260-269.

²² Кицул И. С. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы / И. С. Кицул, Д. В. Пивень, С. О. Даценко // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 30-35.

переходят работать в частные медицинские клиники из государственных ЛПУ, но их количество ограничено. Молодые врачи, только окончившие вуз, также предпочитают работу в частных стоматологических учреждениях, что обусловлено их желанием получать более высокую заработную плату.

В целом же по данным таблицы 1.1.2 численность стоматологов сокращается²³:

Таблица 1.1.2 - Численность врачей-стоматологов (тыс. чел.)

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Численность врачей-стоматологов всего	62.0	60.6	62.2	63.2	63.1	61.7	59,7	60,5
на 10 000 человек населения	4,4	4,2	4,3	4,4	4,4	4,2	4,1	4,1

По данным Федеральной службы государственной статистики, заработная плата российских врачей в целом по РФ достигла в 2016 году лишь 155,1 % к средней по экономике, увеличившись за год на 5,8% - до 50,7 тысячи рублей в месяц. Средняя заработная плата врачей за 2016 год в Москве - 86 771,00 руб., что составляет лишь 137,8 % от среднемесячной начисленной заработной платы. Однако позитивная тенденция все-таки отмечается, так, средняя начисленная заработная плата по врачам по сравнению с показателями 2015 года выросла в целом по стране на 5,5%, по Москве – на 9 %²⁴.

Ряд авторов отмечают²⁵, что развитие рыночных отношений в здравоохранении обусловили широкое распространение партнерских взаимовыгодных отношений между государством и частным бизнесом, что

²³ Федеральная государственная служба статистики. Официальный сайт. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 20.05.2016).

²⁴ Там же.

²⁵ Габуева Л. А., Зими́на Э. В. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л. А. Габуева, Э. В. Зими́на. – М. : Проспект, 2015. - С.10.

приводит к трансформации характера труда и затрагивает вопросы социально-трудовых отношений. Это находит свое выражение в:

- использовании аутсорсинга в управлении персоналом в системе здравоохранения. Многие непрофильные функции (уборка, питание больных, наладка оборудования и т.п.) переданы частным структурам, что позволяет оптимизировать затраты на здравоохранение, когда некоторые виды работ выполняются наиболее компетентными специалистами по более выгодным ценам;
- использование «заемного труда» в том числе и иностранных специалистов. Это очень актуально при консультировании больных сторонними специалистами, замещении временных вакансий;
- проведении аккредитации, аттестации сертификации силами частных кадровых агентств.

Следовательно, меняются экономические и социально-трудовые отношения под воздействием рыночных преобразований в здравоохранении.

Как труд большинства работников бюджетной сферы, профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется высокой эмоциональной и интеллектуальной нагрузкой, вниманием и состраданием к пациентам. Их работа предполагает высокий уровень квалификации, ответственности и самоотверженности, умения быстро принимать решения. В то же время в медицинской практике особое значение имеют характер межличностных отношений, складывающихся у сотрудников с больными в течение трудового дня, производственные факторы и иные, вне стен лечебного учреждения (в том числе семейные). На адаптивные механизмы врача влияют соматическое состояние и возраст. Трудовые процессы, которые обусловлены узким полем деятельности и однотипностью манипуляций, однообразны. Указанные факторы усугубляются в тех случаях, когда врач-специалист приостанавливает свой профессиональный рост, то есть стандартизирует свой трудовой процесс.

Частные признаки характера труда в медицине раскрывают особенности его содержания. Большие изменения произошли в связи с компьютеризацией деятельности медицинского персонала, что сказывается на его характере и содержании. Врачам большинства профессий приходится не только вести документацию в электронном виде, но и осуществляют свою деятельность с использованием компьютерных технологий. Это - проведение операций и диагностика заболеваний, По данным российских исследователей²⁶ более половины ими опрошенных медицинских работников указали, что их места компьютеризированы. При этом наблюдается зависимость между уровнем квалификации сотрудника и наличием компьютерного рабочего места. Затраты рабочего времени на осуществление своих трудовых функций без использования компьютеризированного рабочего места значительно возрастают.

Содержание труда работников здравоохранения, в том числе и в стоматологии, также имеет свои особенности, определяемые его направленностью на удовлетворение многообразных потребностей человека, которые связаны с поддержанием здоровья населения и восстановлением трудоспособности. Такая его специфика определяет повышенную социальную ответственность работников отраслей бюджетной сферы здравоохранения за результаты своей деятельности. Врачи этого профиля проводят диагностику заболевания с применением разнообразных методик и самостоятельно проводят лечение, их труд в значительной степени механизирован в отличие от других медицинских специалистов. Они должны знать более 1000 наименований стоматологического инструментария. Используемые в современной стоматологии пломбировочные материалы, такие как гелиокомпозиты, светоотверждаемые пластмассы и др., делают возможным осуществление не только непосредственно лечения, но и, так называемой, «реставрации» зубов. Таким образом, в настоящее время возникло и получает все большее развитие такое направление как эстетическая стоматология.

²⁶ Сафонов А.Л. Оценка системы оплаты труда, условий труда и кадрового потенциала медицинских работников в условиях реформирования сферы здравоохранения: Монография/д.э.н. А.Л. Сафонов, А.А.Далецкий, Н.А. Мазина. – М.: ИИЦ «АТиСО», 2016.С.58-59.

Существенные изменения претерпевает и организация труда стоматологов. Так, в российских стоматологических учреждениях законодательно принят Международной ассоциацией Эргономики в 2010 году европейский подход к эргономике и организации труда в стоматологии, который получил название «работа в четыре руки», когда врач и ассистент работают вместе для оказания медицинской помощи. Следовательно, можно говорить о преимущественно командной организации труда в этой сфере. При этом надо отметить высокую загруженность медицинских работников, у которых реальная продолжительность рабочей недели за счет совместительства, как внутреннего, так и внешнего, а также расширения зоны обслуживания значительно превышает установленную норму рабочего времени. Следовательно, существует необходимость совершенствования организации труда и его нормирования, в том числе и с точки зрения психофизиологических требований, т.к. у них нет возможности для полноценного восстановления способности к труду. С учетом всех форм дополнительной занятости ситуация для медработников становится все более напряженной. Доля сотрудников, работающих свыше 60 часов, составляет 41%. Каждый третий опрошенный работает от 41 до 60%...»²⁷ Как показывают исследования, в последние годы отмечается негативная тенденция усиления интенсификации труда в бюджетном здравоохранении, что, по нашему мнению, связано с низким уровнем нормирования труда персонала, а также низким уровнем оплаты их труда, когда приходится работать на полторы и две ставки.

Имеются проблемы и в организации рабочих мест врачей, когда не учитываются требования эргономики, которые позволяют повысить производительность труда, предупредить возникновение профессиональных заболеваний и способствует профессиональному долголетию. Работать стоматологам приходится во вредных условиях, что обуславливается воздействием шума (и вибрации), возникающего при работе высокоскоростного

²⁷ Сафонов А.Л. Оценка системы оплаты труда, условий труда и кадрового потенциала медицинских работников в условиях реформирования сферы здравоохранения: Монография/д.э.н. А.Л. Сафонов, А.А. Далецкий, Н.А. Мазина. – М.: ИИЦ «АТиСО», 2016. С.60

стоматологического оборудования, когда с течением времени может развиваться профессиональная односторонняя тугоухость. Оптимальным во время работы считается динамическое положение тела врача-стоматолога. При этом 60% рабочего времени врач находится в положении сидя, выполняя кропотливые длительные манипуляции, требующие точности движений, остальное время – стоит, если выполняет требующую значительных физических усилий работу, или передвигается по кабинету.

Изучение работы врачей стоматологического профиля в условиях поликлиники позволило выявить следующие факторы, оказывающие негативное влияние на их труд (Рисунок 1.1.2).



Рисунок 1.1.2 – Факторы, влияющие на профессиональную деятельность стоматологов²⁸

Оценка вредных и опасных факторов, оказывающих воздействие на работников в процессе трудовой деятельности осуществляется в соответствии с

²⁸ Составлено автором

ФЗ «О специальной оценке условий труда», принятым в 2013 году. Причем оценке подлежат все рабочие места, кроме дистанционных. Теперь оценку вредных и опасных условий, оказывающих влияние на деятельность медиков, проводит работодатель с привлечением экспертов. В результате стали отмечаться следующие тенденции: отдельные категории медицинских работников лишились компенсационных выплат и льгот за условия труда; были увеличены предельно допустимые нормы влияния вредных условий труда на персонал.

Еще более сложная ситуация сложилась в частной стоматологии, т.к. многие сотрудники не имеют карты оценки условий труда и не оформлены с соблюдением всех требований трудового законодательства в сфере условий труда. В результате возникают сложности при оформлении досрочного выхода на пенсию, надбавок за выслугу лет.

Многие сотрудники, работающие в частных стоматологических поликлиниках, столкнулись с проблемой досрочного выхода на пенсию или доплаты за выслугу лет, ведь иногда они официально работают на должности не связанной с медициной, либо не имеют карты специальной оценки условий труда или результатов аттестации рабочего места. А ведь именно эти документы являются основной социальной гарантией для любого медработника, и на основании этих бумаг выплачиваются доплаты²⁹. Следовательно, на практике мы сталкиваемся с ситуацией, когда медицинские работники не получают соответствующих компенсаций за работу с вредными условиями труда.

Эффективное бюджетное здравоохранение требует учета затрат на осуществление медицинской деятельности. В связи с этим, например, приказом МЗ от 2 октября 1997 г. № 289³⁰ руководителям органов управления

²⁹Служба охраны труда и аттестация рабочих мест. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://sotarm.ru/uslugi/sout/socialmed/> (дата обращения: 09.03.2015).

³⁰ Приказ МЗ РФ «О совершенствовании системы учета труда врачей стоматологического профиля» от 2 октября 1997 г. № 289 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.e-stomatology.ru/director/prikaz/p289.htm> (дата обращения: 25.06.2015).

здравоохранением субъектов Российской Федерации разрешено разрабатывать и утверждать некоторые нормы учета и расхода³¹.

Однако за период со времени принятия данного приказа прошло уже 20 лет, как уже указывалось, под влиянием научно-технического прогресса изменились технологии диагностики и лечения больных, ведение медицинской документации, материалы и инструменты, но это не находит своего отражения в нормировании труда работников. А это, в свою очередь, играет негативную роль в организации оплаты труда всех категорий медицинских работников.

Таким образом, бюджетная стоматология, функционируя в условиях рыночной экономики, приобретает черты рыночной организации, которая стремится в своей деятельности к эффективному функционированию. Активно внедряются новые формы экономических отношений: частно-государственное партнерство, внедрение страховой медицины обуславливает строгий контроль за предоставлением медицинской помощи, меняя её структуру и ориентируя врачей к предоставлению наиболее высокооплачиваемым страховыми компаниями видов помощи и избеганию «невыгодных» работ. Стоматологические ЛПУ получили право оказывать платные услуги, т.е. врачи, имеющие действующий сертификат, например, по стоматологии терапевтической, стоматологии общей практики и др., могут работать подобным образом, уже оказывая медицинские услуги на платной основе. Поликлиника, доход, получаемый от этого вида деятельности, может тратить по своему усмотрению, в том числе на стимулирование всего персонала и на обновление материально-технической базы. Усложнение труда врачей - стоматологов в связи с внедрением нового оборудования и материалов, внедрение инновационных технологий лечения, требуют новых форм организации труда. В связи с этим назрела необходимость во внедрении и развитии новых подходов в

³¹ В соответствии с приказом МЗ №289 руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации разрешено разрабатывать и утверждать: условные единицы учета трудоемкости работы (УЕТ) врачей-стоматологов и зубных врачей на виды работ с применением новых технологий их производства, не предусмотренные приказом МЗ СССР от 25.01.88 г. № 50; нормы расхода на современные виды материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника в год.

организации оплаты труда, которая ориентировала бы медицинский персонал бюджетных на работу в условиях рыночной экономики.

1.2 Предпосылки перехода на новую систему оплаты труда медицинских работников

В современных условиях развития экономики все большее внимание уделяется вопросам стимулирования работников к высокопроизводительному и качественному труду. Проводится активная политика по совершенствованию оплаты труда в бюджетном секторе экономики страны в части повышения гибкости применяемых систем стимулирования работников. Многие бюджетные организации с переходом на рыночные отношения вынуждены использовать новые механизмы оплаты труда работников, способствующие повышению материальной заинтересованности каждого из них. Однако прежде, чем переходить к разработке новой системы оплаты труда, определимся с тем, что такое заработная плата. Трудовой кодекс Российской Федерации³² дает четкое определение понятия «заработная плата»³³.

К основным способам определения дифференциации тарифной части заработной платы относятся тарификация должностей, оценка рыночной стоимости должностей и профессий, экспертная, оценка сложности труда.

Тарификация должностей применяется при разработке тарифной системы оплаты труда, где все должности распределены по соответствующим разрядам тарифной сетки. Данное распределение закреплено в соответствующих

³²Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2017). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/consdocLAW34683/> (дата обращения: 08.04.2017).

³³Заработная плата (оплата труда работника) - вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, количества, качества, сложности и условий выполняемой работы, а также компенсационные выплаты (надбавки и доплаты компенсационного характера) и стимулирующие выплаты.

классификаторах должностей служащих и профессий рабочих. Преимущество такого способа заключается в централизованном управлении системой дифференциации тарифных ставок (окладов), обеспечении единства подходов при классификации разных должностей и профессий. К недостаткам такой системы следует отнести ее жесткость, так как при необходимости внести изменения в такую систему следует пересматривать всю систему классификации, и отдельные изменения в ней практически невозможны. Она хороша при полностью централизованной системе управления оплатой труда при стабильных, не изменяющихся социально-экономических условиях. Как правило, такой способ используется при общегосударственной или отраслевой системе оплаты труда.

Оценка рыночной стоимости должностей и профессий для определения дифференциации заработной платы используется при формировании систем оплаты труда на уровне предприятия, учреждения. Суть ее заключается в сравнении заработной платы соответствующих должностей и профессий на рынке труда и определении степени ее дифференциации между должностями и профессиями, а также отклонение уровня заработной платы конкретной организации от рыночной заработной платы. Использование такого способа целесообразно при включенности предприятия в рыночные отношения и наличии возможности повышать заработную плату работникам при ее повышении на других предприятиях. Такой подход редко используется на предприятиях бюджетной сферы, так как финансовые возможности государства как нанимателя, как правило, ограничены.

Экспертный способ определения дифференциации может применяться при формировании системы должностных окладов для относительно небольшого числа должностей и профессий. В чистом виде он применяется редко и чаще всего для новых, инновационных видов деятельности, профессий и должностей. Обычно он применяется в совокупности с другими способами определения дифференциации, что позволяет снизить субъективность оценки.

Последний из названных способов определения дифференциации - это оценка сложности труда. Суть его заключается в проведении оценки сложности труда в той или иной должности, профессий или на рабочем месте по системе факторов. Полученные результаты оценки и определяют дифференциацию базовой части заработной платы.

Применяемые в настоящее время все методы оценки труда (рабочих мест) делят на две группы: суммарные и аналитические. К суммарным методам относят метод рядов и классификационный метод. При применении метода рядов (некоторые авторы называют его методом ранжирования) эксперты последовательно сравнивают друг с другом разные работы, выполняемые по профессии или в должности³⁴. Сравнение работ производится в целом, без расчленения их на составные элементы. При этом выявляются значимости работ, в соответствии с которыми работы ранжируются, т.е. выстраиваются в последовательность.

При ранжировании применяют два метода: метод выстраивания альтернатив и метод парного сравнения. В первом случае производится распределение работ по полюсам: из общего перечня оцениваемых работ выбирается наиболее сложная и наименее сложная работа, затем итерация повторяется до тех пор, пока не будут расставлены по порядку все работы из списка. Оценка сложности работы определяется на основе описания ее содержания. Иногда данный метод называют первой степенью сложности системы грейдов.

Метод парного сравнения предполагает использование матрицы для сравнения всех возможных пар работ. В ячейках матрицы записывается признак, который является результатом парного сравнения и свидетельствует о том, что из двух сравниваемых работ данная была оценена экспертами как более сложная, а значит, и более ценная. Когда все сравнения завершены, работа, которая чаще всего получала оценку «более ценная», становится работой с самым высоким рангом. На

³⁴Армстронг М. Оплата труда: практическое руководство по построению оптимальной системы оплаты труда и вознаграждения персонала: пер. с англ. / М. Армстронг, Т. Стивенс; под ред. Т.В. Герасимовой. — Днепропетровск: Баланс Бизнес Бук, 2007.

первое место, таким образом, ставится работа, получившая наибольшую экспертную оценку, на последнее - наименьшую.

Метод рядов применяется для оценки сравнительно небольшого числа работ, поскольку число сравнений существенно возрастает с увеличением числа оцениваемых работ. Кроме того, метод рядов рекомендуется применять в тех случаях, когда сопоставляются схожие работы. Применение его практически невозможно, когда сравниваются непохожие и не связанные друг с другом работы. Ведь эксперты, привлекаемые для оценки и ранжирования работ, должны быть очень хорошо осведомлены о каждой отдельно взятой работе из числа сравниваемых.

Поскольку критерии, по которым работы сравниваются и расставляются, определяются экспертами исходя из их знания содержания работ, субъективность данного метода высокая.

Аналитические методы оценки работ отличаются от суммарных тем, что при сравнении работ осуществляется количественная оценка составляющих их факторов. В зависимости от того, в каких единицах измерения оцениваются работы, различают метод прямой денежной оценки и метод балльных оценок.

При применении метода прямой денежной оценки производится оценка рыночной стоимости каждой работы. Данный метод не получил широкого распространения потому, что на рынке труда нестабилен уровень оплаты различных видов труда, что снижает объективность решений, принимаемых относительно уровней оплаты по каждой работе.

В последние годы использование оценки труда для разработки систем оплаты труда или систем стимулирования и вознаграждения получило широкое распространение в Российской Федерации. Это обусловлено, с одной стороны, свободой выбора в использовании различных систем оплаты труда, с другой — приходом иностранных компаний, которые принесли с собой и новые подходы к построению системы оплаты труда.

Анализируя практику применения в России различных методов оценки труда, можно отметить, что в последнее время при разработке системы факторов оценки намечается отказ от психофизиологических факторов, так как это отрицательно сказывается на стимулировании предприятий улучшать условия труда. Необходимо отметить, что этот психофизиологический фактор наиболее важен для работников преимущественно физического труда.

Т.П. Супрун и Т.Г. Мясоедова отмечают, что в Российской Федерации уже появляется первый опыт применения балльного метода на основе компетенций, под которыми, как правило, понимают конкретные требования, необходимые и достаточные для выполнения той или иной работы. При этом отмечается принципиальное преимущество такого подхода «из компетенции...может быть исключен объект воздействия, таким образом, одну и ту же компетенцию можно применить при работе с различными объектами»³⁵.

Это делает данный метод более универсальным, подходящим для оценки различных должностей, и гибким, что позволяет реализовывать необходимые изменения в организации труда. При определении размеров заработной платы большое значение имеет способ данного расчета. Так, В. Чемяков предлагает два способа. При первом вычисляется денежный эквивалент «стоимости» одного балла, который умножается на балльную оценку сложности труда, и определяется ставка заработной платы. При использовании такого подхода «стоимость» одного балла может определяться как единая, когда весь фонд оплаты труда оцениваемых должностей делится на сумму баллов всех оцениваемых должностей, либо определяется в каждом грейде, когда на сумму баллов делится фонд оплаты труда должностей в грейде³⁶.

³⁵ Супрун Т.П. Классификация должностей и профессий как инструмент управления персоналом / Т.П. Супрун, Т.Г. Мясоедова // Менеджмент в России [Электронный ресурс]. – 2003. – Режим доступа: <http://www.dis.ru/manag/arhiv/2003/5/13.html> (дата обращения: 24.05. 2007).

³⁶ Чемяков В.П. Грейдинг: технология построения системы управления персоналом. М.: Вершина, 2007. - 208 с.

При втором способе стоимость 1 балла для всей совокупности должностей может определяться также через «стоимость» балла в группе с наименьшими оценками сложности труда или в группе с максимальными оценками или через «стоимость» балла ключевых, профильных должностей. В данном случае на балльную оценку сложности труда в должности делится уровень заработной платы (без учета компенсирующих и стимулирующих выплат) по данной должности, сформированный на рынке труда. При формировании ставок заработной платы учитывается рыночная стоимость должностей, что позволяет организации иметь конкурентные преимущества для привлечения необходимых специалистов.

Особенностью построения систем оплаты труда на основе оценки труда является установление интервалов значений тарифных ставок (окладов) по каждой группе должностей. При этом интервалы могут пересекаться между собой. Параметры системы тарифных ставок (окладов) определяются в зависимости от задач, которые призвана решить система оплаты труда, и от финансовых возможностей организации.

Тарифная система оплаты труда получила свое развитие в советские годы, когда регулирование заработной платы носило централизованный характер. В то время тарифная система существовала в форме отраслевых схем должностных окладов руководителей, специалистов и служащих. Соответствующие отраслевые министерства (Министерство образования, Министерство здравоохранения и др.) разрабатывали схемы окладов, которые в дальнейшем координировались правительством страны и Государственным комитетом по труду. Ни одно из государственных и бюджетных учреждений не могло вносить свои коррективы.

«Тарифная система – это совокупность нормативов, обеспечивающих дифференцированную оплату труда работника на основании следующих критериев»³⁷ (Рисунок 1.2.1):

³⁷Управление человеческими ресурсами: Учебник для бакалавров / А.В. Дайнека, В.А. Беспалько. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К» [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа: <http://www.bibliorossica.com/book.html?&currBookId=7748>. (дата обращения: 24.05. 2015).

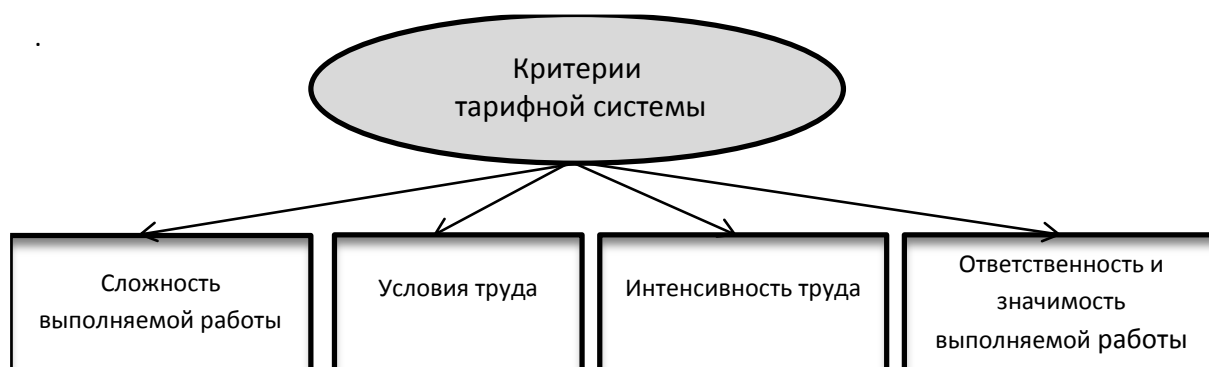


Рисунок 1.2.1 – Критерии построения тарифной системы оплаты труда

В целом, использование оценки сложности труда для построения систем оплаты труда обеспечивает её гибкость за счет возможности корректировки значимости факторов оценки труда, подфакторов и их степеней в зависимости от изменений содержания труда на различных рабочих местах, введения новых рабочих мест, изменения используемых технологий.

Кроме того, такой подход позволяет разрабатывать как отраслевые, так и внутрифирменные системы оплаты труда с учетом специфики любого вида деятельности, что является актуальным в условиях децентрализации государственного регулирования оплаты труда.

Решение задач, возложенных на работников бюджетной сферы, в том числе и в стоматологии, во многом зависит от величины их заработной платы и заинтересованности в результатах труда. Попытки исследования вопросов оплаты труда медицинских работников предпринимались неоднократно, однако предназначались они только для использования в рамках используемой ранее Единой тарифной сетки (ЕТС).

Введенная в начале 90-х годов прошлого века в условиях высокой инфляции Единая тарифная сетка сыграла свою положительную роль. Она обеспечивала единообразие в оплате труда работников, выполняющих работы равной сложности в различных отраслях на всей территории Российской Федерации. Социально-

экономический кризис начала 90-х годов был охарактеризован острой нехваткой финансовых средств, что стало одной из причин появления в бюджетной сфере ЕТС. Она получила широкое распространение в постсоветский период после того, как она была введена Постановлением Правительства РФ от 14 октября 1992 г. № 785³⁸.

ЕТС в первое время после ее внедрения отвечала требованиям переходной экономики, обеспечивая гарантии по выплате заработной платы, но мотивирующая её функция реализовывалась не в полной мере. Возникновение альтернативного финансирования, включая ОМС, возможность оказывать платные услуги и получение доходов от реализации целевых программ обусловили появление ситуации, когда действующая система оплаты труда не соответствовала новым требованиям, особенно в сфере материального поощрения³⁹.

Еще одним негативным моментом в использовании ЕТС в бюджетной сфере стал низкий размер тарифной ставки первого разряда и невысокий уровень заработной платы в целом по сравнению с другими сферами деятельности.

Однако данное однообразие стало сдерживающим фактором, поскольку тарифные ставки гарантировалось государством, практически не зависели от результатов работы, как работников, так и медицинского учреждения в целом. Данный недостаток обусловил необходимость разработки новой системы оплаты труда для создания зависимости оплаты труда от выполнения показателей объема и качества оказываемой медицинской помощи.

Одновременно с появлением системы обязательного медицинского страхования (ОМС) были приняты законодательные документы, давшие возможность менеджменту лечебных организаций использовать передовые управленческие технологии, в том числе, денежное стимулирование работников с учетом оценки объема и качества предоставляемой медицинской помощи. Таким

³⁸ Постановление Правительства РФ "О дифференциации в уровнях оплаты труда работников бюджетной сферы на основе Единой тарифной сетки" от 14 октября 1992 г. N 785 (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://base.garant.ru/100899/> (дата обращения: 08.04.2017).

³⁹ Приказ Минздрава России «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» от 15 октября 1999 года № 377. Доступ из СПС «КонсультантПлюс». (дата обращения: 08.04.2017).

образом, стимулирование труда осуществляется за счет его дифференцированной оплаты. Однако в условиях дефицита бюджетного финансирования здравоохранения внедрение такого подхода на практике сталкивалось с проблемой экономического характера, а именно – недостаточностью средств для увеличения размера заработной платы для всех занятых в бюджетной сфере одновременно.

Можно отметить следующие недостатки ЕТС⁴⁰:

- ЕТС жестко регламентировала как размеры самих окладов, так и основную часть надтарифных выплат, что не давало возможности руководителям организаций при изменении ситуации на рынке труда повышать оплату труда наиболее востребованным и ценным работникам в целях их привлечения и удержания;
- ЕТС изначально не могла способствовать в полной мере применению методов материального стимулирования;
- уравнительный принцип стал базой формирования заработной платы в ЕТС, размер которой был ориентирован на такие показатели как отработанное время, стаж работы, наличие квалификационных категорий, но при этом не учитывает объем и качество оказываемых услуг;
- оплата труда на основе ЕТС была направлена скорее на учет потенциальных возможностей работников, а не конечных результатов их деятельности, что не отвечает требованиям рыночной экономики;
- тарифная система оплаты труда не могла в полной мере выполнить стимулирующую функцию и недостаточно обеспечивала воспроизводственную функцию заработной платы.

Переход сферы здравоохранения к финансированию, ориентированному на конечные результаты работы, требует повышения качества медицинской помощи,

⁴⁰ И.С. Зернова. Переход на новые системы оплаты труда. Оплата труда: бухгалтерский учет и налогообложение. [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.hr-portal.ru/article/perehod-na-novye-sistemy-oplaty-truda> (дата обращения: 07.04. 2017).

учреждения должны быть ориентированы на достижение определенных показателей своей деятельности.

В рамках введения Федерального закона от 22.08.2004 года № 122-ФЗ органам государственной власти дано право решать вопросы об уровне и условиях денежного вознаграждения работников подведомственных государственных и муниципальных учреждений. То есть, уже с 2004 года каждое учреждение могло формировать свои условия оплаты труда, но правовая коллизия заключалась в том, что исходных основополагающих документов для этого не было ни на уровне государства, ни в регионах.

Приказом Минздравсоцразвития России от 14.08.2008 года № 424 были даны рекомендации по заключению трудового договора с работником и его примерная форма. Постановлением Правительства РФ от 22.09.2007 года № 605 определен порядок перехода на новые условия оплаты труда⁴¹.

Постановлением Правительства от 05.08.2008 года № 583 внесены принципиальные изменения в предыдущее постановление № 605, а именно:

- установлены единые сроки введения новых систем;
- предусмотрено повышение фонда оплаты труда;
- исключена позиция по базовым окладам;
- изменен размер должностного оклада руководителя.

Процесс перехода на НСОТ осуществлялся неравномерно в разрезе регионов РФ. К 2010 году на новую систему оплаты труда перешли Нижегородская, Владимирская, Оренбургская, Ивановская, Новосибирская, Ульяновская, Тульская, Томская и Ярославская области, республики Дагестан, Кабардино-Балкария и Бурятия., и наоборот, последними переходили на НСОТ Москва,

⁴¹Постановление определяет порядок перехода на новые условия труда в соответствии с «Едиными рекомендациями по установлению на федеральном региональном и местном уровнях системы оплаты труда работников организаций, финансируемых из соответствующих бюджетов на 2008 год», разработанными Российской трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений в соответствии со статьей 135 Трудового кодекса Российской Федерации.

Приморский край, Волгоградская и Курганская области, Карачаево-Черкесская республика и Марий Эл.

Переход бюджетных учреждений здравоохранения на НСОТ затянулся по трем объективным причинам⁴²:

1. Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения (в том числе и под влиянием экономического кризиса 2008 года) не давало возможности на тот момент повысить оплату труда работников на 30%;

2. Отсутствовало своевременное нормативно-правовое обеспечение для его распространения на региональном уровне и уровне органов местного самоуправления;

3. Медицинские учреждения испытывали определенную сложность разработки величины базовых окладов, повышающих коэффициентов и различных выплат на своем уровне.

НСОТ позволяет расширить финансовую самостоятельность учреждений, установить зависимость роста оплаты труда в зависимости от повышения эффективности и качества оказываемых учреждениями услуг. Также переход на НСОТ позволяет увязать величину заработной платы руководства учреждения с уровнем вознаграждения основного персонала и увязать её с размером средней заработной платы врачей. Предусматривается также, что она должна учитывать уровень квалификации и профессиональной подготовки по профессионально-квалификационным группам (ПКГ).

Разработка и внедрение новых систем вознаграждения происходит в соответствии с требованиями коллективно-договорного регулирования, локальными нормативными регламентами и трудовым законодательством с учетом условий.

⁴² И.С. Зернова. Переход на новые системы оплаты труда. Оплата труда: бухгалтерский учет и налогообложение. [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.hr-portal.ru/article/perehod-na-novye-sistemy-oplaty-truda> (дата обращения: 07.04. 2017).

Также необходимо обратить внимание на статью 195.3 Трудового кодекса Российской Федерации, в которой обозначено, что: «...характеристики квалификации, которые содержатся в профессиональных стандартах и обязательность применения которых не установлена в соответствии с частью первой настоящей статьи, применяются работодателями в качестве основы для определения требований к квалификации работников с учётом особенностей выполняемых работниками трудовых функций, обусловленных применяемыми технологиями и принятой организацией производства и труда...»⁴³.

Основополагающие принципы НСОТ изложены в Постановлении Правительства РФ от 05.08.2008 N 583 «О введении новых систем оплаты труда работников...»⁴⁴ (Рисунок 1.2.2).

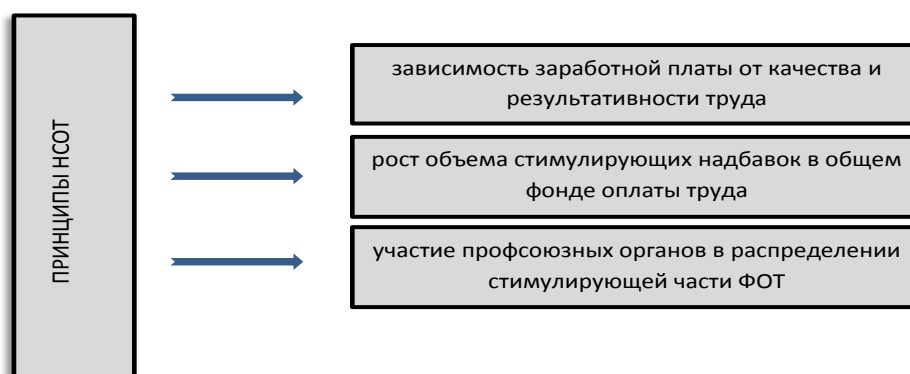


Рисунок 1.2.2 – Принципы НСОТ

Размеры и условия осуществления компенсационных и стимулирующих надбавок и доплат рассчитываются в процентах к должностным окладам в рамках бюджетных ассигнований и других источников формирования фонда оплаты труда.

Структура новой системы оплаты труда представлена на рисунке 1.2.3:

⁴³Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2017). Доступ из СПС «КонсультантПлюс». (дата обращения: 08.04.2017).

⁴⁴ Там же



Рисунок 1.2.3 – Структура НСОТ⁴⁵

В системе качества медицинской услуги различают три составляющие:

⁴⁵Составлено автором

- «качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры);
- качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение принципа стандартов);
- качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотношение их с экономическими показателями)»⁴⁶.

В соответствии со структурой качества медицинской помощи её оценка строится на трех **методических подходах**⁴⁷ (Рисунок 1.2.4):

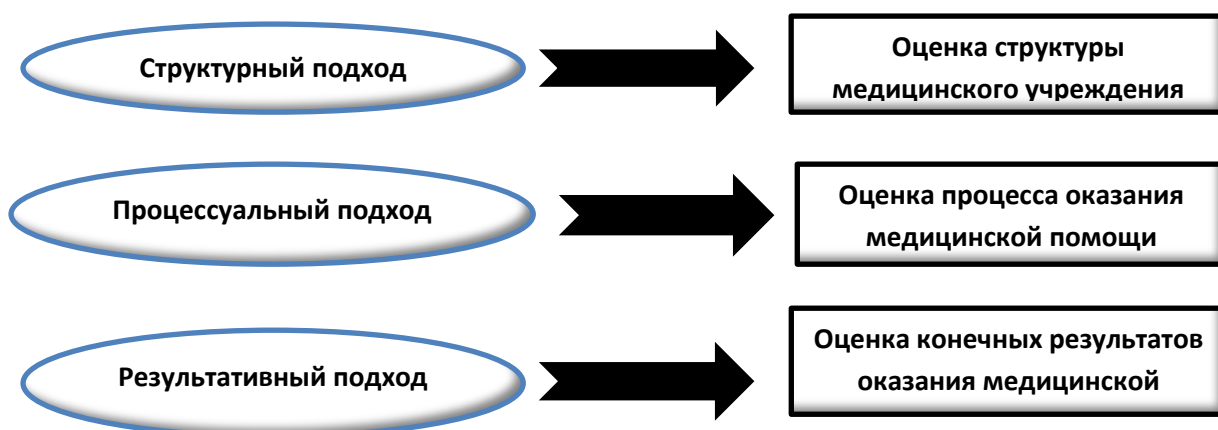


Рисунок 1.2.4– Методические подходы к оценке качества медицинской помощи

В настоящее время применяются следующие группы качественных показателей (критериев), позволяющие оценить качественные характеристики

⁴⁶Постановление Правительства РФ "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений" от 05.08.2008 N 583 (ред. от 10.12.2016). Доступ из СПС «КонсультантПлюс». (дата обращения: 01.05.2015).

⁴⁷ Афонсенко Е.В. Выплаты стимулирующего характера в новой системе оплаты труда медицинских работников / Е.В. Афонсенко // Труд и социальные отношения. – 2013. – № 10 (112). – С. 30.

медицинской помощи и эффективности деятельности медицинских работников (Рисунок 1.2.5):⁴⁸

<p>нормативные критерии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • определены нормативными правовыми актами, в том числе отраслевыми. Так, постановлением Правительства Российской Федерации ежегодно утверждается «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», которая содержит нормативы объёмов медицинской помощи. Нормативные критерии направлены на обеспечение гарантии качества
<p>базовые критерии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • формируются с учетом их важности и приоритетности при оценке эффективности деятельности оцениваемого объекта
<p>эмпирические критерии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • статистические показатели, достигнутые за определённый период времени в результате деятельности оцениваемого объекта. Эмпирические критерии позволяют оценивать эффективность текущей деятельности в сравнении с аналогичным периодом
<p>общие (универсальные) критерии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • показатели, характеризующие эффективность деятельности оцениваемого объекта, вне зависимости от вида медицинской помощи (амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, стационарная медицинская помощь, скорая медицинская помощь) и её профиля (терапевтический, хирургический и др.);
<p>частные (специфические) критерии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • показатели, характеризующие качество медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту или группе пациентов в конкретном медицинском учреждении. Частные критерии отражают специфику вида и профиль оказанной медицинской помощи при конкретной нозологической форме

Рисунок 1.2.5 - Критерии оценки качества медицинской помощи и эффективности медицинской деятельности

⁴⁸ Афонасенко Е.В. Выплаты стимулирующего характера в новой системе оплаты труда медицинских работников / Е.В. Афонасенко // Труд и социальные отношения. – 2013. – № 10 (112). – С. 35.

Таким образом, ЕТС, разработанная на основе принципов бюджетного финансирования, не была приспособлена к функционированию в рыночной экономике. Это было обусловлено значительной степенью централизации решений по оплате труда, низким размером тарифной ставки первого разряда и заработной платы в целом и отсутствием возможностей для стимулирования деятельности персонала, ориентированной на достижение целей организации. Следовательно, переход от ЕТС к новой системе оплаты труда позволит избежать указанных недостатков.

1.3 Эффективный контракт: характеристика теоретических подходов и этапов реализации

Современный этап развития социально-трудовых отношений характеризуется новым институциональным сопровождением – введением эффективного контракта. Как отмечают специалисты в сфере управления учреждениями здравоохранения, связано это с необходимостью формирования условий, обеспечивающих возможность получения работниками государственных и муниципальных медицинских учреждений достойной и конкурентной заработной платы, что позволит не только сократить отток кадров в коммерческие организации, но и привлекать новых квалифицированных специалистов. Кроме того, перевод медицинских работников на «эффективный контракт» необходим для установления действенных механизмов зависимости оплаты труда работников медицинских организаций от качества и объема предоставляемых медицинских услуг или обеспечения предоставления услуг⁴⁹.

⁴⁹ Габуева Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зимина. – Москва: Проспект, 2015. С.33.

Теоретическим обоснованием внедрения эффективного контракта, как совершенно справедливо отмечают в своих исследованиях М. В. Курбатова, С. Н. Левин, стала «теория контрактов – одно из направлений новой институциональной экономической теории. Она объясняет, как контракт, являющийся формой организации трансакций, формирует ограничения и стимулы экономической деятельности субъектов. Как и при анализе других видов контрактов, в центре исследовательского интереса к трудовым контрактам оказывается проблема повышения эффективности взаимодействия сторон с точки зрения целей их деятельности...»⁵⁰.

Внедрение эффективного контракта в систему оплаты труда государственных и муниципальных учреждений базируется на теоретических основаниях, полученных в результате исследований экспертного сообщества. Одним из них является «устоявшийся в экономической науке синтез концепций эффективной заработной платы, объединяющей принцип внутрифирменной организации оплаты труда и принцип, основанный на влиянии факторов внешней среды и применении комплексного подхода к системе управления мотивацией и удовлетворенностью трудом работников»⁵¹.

Как считает профессор Эдвард Лоулер⁵², современные формы управления претерпевают определенные изменения: система управления вознаграждениями преобразуется в систему управления компетенциями работника, что соответственно приводит к формированию индивидуализированного типа оплаты труда. На основании такого подхода, можно утверждать, что результаты труда напрямую зависят от выполнения стратегических задач организации в целом, что в итоге сказывается на размере вознаграждения за труд.

⁵⁰ Курбатова М.В., Левин С.Н. Эффективный контракт в системе высшего образования РФ: теоретические подходы и особенности институционального проектирования / JOURNAL OF INSTITUTIONAL STUDIES (Журнал институциональных исследований) Том 5, № 1. 2013. Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/data/2013/08/12/1251248848/jis5.1-4.pdf> (дата обращения 08.04.2017).

⁵¹ Там же.

⁵² Lawler E.E. (1994). From job-based to competency-based organizations. *Journal of Organizational Behavior*, no. 15(1).

Таким образом, перечень ключевых показателей эффективности труда персонала организации должен быть сформирован в соответствии новой институциональной формой реализации социально-трудовых отношений – «эффективным контрактом»⁵³.

Проектируя систему стимулирования следует иметь в виду, как совершенно справедливо отмечает Жуков А.Л.⁵⁴, что одним из её ключевых элементов являются ключевые показатели, ориентирующие персонал на реализацию стратегических планов, от выполнения которых зависит выживание и успешное функционирование любой организации.

По мнению ряда специалистов⁵⁵, основой успешного внедрения эффективного контракта может стать BSC (сбалансированная система показателей Нортон-Каплана), которая позволяет преобразовать стратегические цели организации в набор индикаторов, описывающих следующие направления её деятельности: финансовую сферу, клиенты, бизнес-процессы, обучение и развитие персонала.

Для каждого направления разрабатываются цели и соответствующие им показатели. Сбалансированность системы показателей по всем направлениям достигается за счет оптимизации между всеми показателями, полученными и планируемыми результатами, внутренней и внешней средой. Стратегические цели организации предлагается декомпозировать в целевые показатели деятельности подразделений и индивидуальные цели сотрудников. Целевые значения

⁵³ Михалкина Е.В., Алешин В.А. Эффективный контракт как институт социально-трудовых отношений в сфере высшего образования // Terra Economicus 2013 Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnyy-kontrakt-kak-institut-sotsialno-trudovyh-otnosheniy-v-sfere-vysshego-obrazovaniya> (дата обращения: 08.04.2017 года);

Курбатова М.В., Левин С.Н. Эффективный контракт в системе высшего образования РФ: теоретические подходы и особенности институционального проектирования / JOURNAL OF INSTITUTIONAL STUDIES (Журнал институциональных исследований) т. 5. - № 1. - 2013 Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/data/2013/08/12/1251248848/jis5.1-4.pdf> (дата обращения: 08.04.2017)

⁵⁴ Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. – М.: ИД «АТиСО», 2014. С.249.

⁵⁵ Габуева А.Л. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В., Зимина. – Москва: Проспект, 2015. С.55.

показателей могут устанавливаться на долгосрочный и краткосрочный периоды, соответственно им должны разрабатываться и системы стимулирования⁵⁶.

В своей работе⁵⁷ разработчики этой методики доказывают, что она успешно может применяться в организациях различных видов собственности. Отличительной особенностью системы сбалансированных показателей является одновременное установление целевых показателей и показатели, характеризующие процессы обеспечивающие достижение целей. Исходя из уровня, направления и динамики изменения оценочных показателей, последние бывают повышающие, понижающие и интервальные. Достижение показателей должно быть подкреплено соответствующими ресурсами.

Внедрение эффективного контракта как важнейшего элемента механизма регулирования взаимодействия пациент-работник-работодатель является закономерным и необходимым звеном в целях регулирования и управления процессом оказания услуг в бюджетной сфере. Изменяются под его воздействием социально-трудовые отношения в этой сфере, так как зависимость вознаграждения за труд от количественных и качественных критериев и условий его осуществления меняют требования к процессам обеспечения организаций работниками определенной квалификации, позволяющей предоставлять медицинскую помощь и оказывать услуги на требуемом уровне.

Ряд авторов совершенно справедливо указывают, что суть эффективного контракта заключается «в формировании новой системы оплаты труда, привязанной к результатам работы бюджетной организации, которые должны утверждаться учредителем»⁵⁸.

⁵⁶ Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. – М.: ИД «АТиСО», 2014. С.249, С.255.

⁵⁷ Kaplan R.S., Norton D.P. Using the balanced scorecard as a strategic management system //Harvard business review. – 1996. – Т. 74. – №. 1. – С. 75-85.

⁵⁸ Бабынина Л.С., Одегов Ю.Г. Эффективный контракт – система оплаты НИР вузов по показателям результативности [Текст] / Л.С. Бабынина, Ю.Г. Одегов // Образовательная среда сегодня: стратегии развития : материалы IV Междунар. науч.–практ. конф. (Cheboksary, 11 дек. 2015 г.) / редкол.: О. N. Shirokov [и др.]. — Cheboksary: ЦНС «Интерактив плюс», 2015. — № 3 (4). — С. 166–167. — ISSN 2411-8184. Режим доступа: <https://interactive-plus.ru/en/conference/online> (дата обращения: от 07.04.2017)

В «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы»⁵⁹ указано, что «эффективный контракт - трудовой договор с работником...»⁶⁰. Однако в российском трудовом законодательстве нет понятия «эффективный контракт» и «контракт». Следовательно, изменения в социально-трудовых отношениях осуществляются на основе тех норм, которые отражены в ТК РФ, кроме тех положений, которые устанавливают новые правила расторжения трудового договора с руководством медицинского учреждения.

Разработка и внедрение эффективного контракта представляет собой процесс внедрения новой системы оплаты труда и последовательном переходе к эффективным методам вознаграждения сотрудников на базе обоснованных тарифов с учетом количественных и качественных характеристик предоставляемой медицинской помощи и услуг.

Эффективный контракт не меняет действующего трудового договора с работником, если он:

- соответствует ТК РФ;
- соответствует требованиям федерального положения по оплате труда работников социальной сферы (здравоохранения);
- соответствует рекомендациям постановлений и нормативных актов ведомств по совершенствованию оплаты труда в 2013-2018 гг.;
- содержит требования региональных нормативных актов.

Очень важно при внедрении эффективного контракта учитывать, что новая система оплаты труда, элементом которой он является, как показала практика применения, не лишена определенных негативных моментов, и нуждается в совершенствовании.

⁵⁹«Программа поэтапного совершенствования новой системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70169234/> (дата обращения: 08.04.2017).

⁶⁰Эффективный контракт - трудовой договор с работником, в котором конкретизированы условия оплаты труда, должностные обязанности, критерии и показатели оценки эффективности деятельности.

Так, в своем исследовании А.Л. Жуков указывает, что доля переменной части заработной платы необоснованно завышена, что снижает воспроизводственную функцию тарифной части и не дает возможности использовать стимулирующие надбавки. Повышение интенсивности труда работников бюджетной сферы, нередко приводит к снижению качества оказываемых услуг⁶¹.

Представители школы экономики труда Омского государственного университета Лапина Т.А. и Е.И. Зательмаер считают, что уменьшить негативные процессы при переходе на эффективный контракт можно, сосредоточившись на организационных аспектах формирования системы показателей эффективного контракта, так как они в дальнейшем будут существенно влиять на поведение медицинских работников. Современные научные труды, как правило, посвящены рассмотрению самих показателей, а не вопросам организации процесса их определения. Однако можно согласиться с мнением указанных авторов, что уровень организации процесса формирования системы показателей в значительной степени определяет и обуславливает их качество⁶².

При разработке новой системы мотивации в рамках эффективного контракта, следует учитывать базовые различия в сложности выполняемой работы по категориям персонала, количество и качество затраченного труда; систему нормирования труда работников учреждения, утвержденную работодателем; необходимо предусмотреть подробную конкретизацию должностных обязанностей работников, показателей и критериев оценки труда, др.

Другие специалисты⁶³ применительно к здравоохранению подчеркивают, что «...современные подходы к реформированию систем оплаты труда в здравоохранении РФ опираются на персонификацию критериев выплат через

⁶¹ Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. – М.: ИД «АТиСО», 2014. С.303.

⁶² Лапина Т.А., Зательмаер Е.И. Организационно-методические основы внедрения эффективного контракта в бюджетных учреждениях здравоохранения // Вестник Омского университета. – 2015. – №4. - С.144.

⁶³ Габуева Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зимина. – Москва: Проспект, 2015. С.55.;

Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. – М.: ИД «АТиСО», 2014. С.21.

утверждение для разных групп медицинских организаций и разных групп медицинских работников уникальных индикаторов их труда. В эти индикаторы, безусловно, должны быть включены медицинские, социальные и экономические показатели производительности труда. В то же время часть мотивационных экономических стимулов может быть единой и основываться на выборе шаблонных показателей, сквозных для оценки учреждения, его руководителя, администрации, линейных руководителей..., исполнителей...».

По мнению Габуевой Л.А., Зиминной Э.В., с которым мы полностью согласны, «мероприятия по разработке и внедрению эффективного контракта включают: структурирование медицинских организаций; выбор и обоснование целевых показателей эффективности работы организации и её руководителя; обоснование показателей результативности»⁶⁴.

Структура эффективного контракта должна включать в себя следующие элементы (Рисунок 1.3.1):



Рисунок 1.3.1 – Структура эффективного контракта⁶⁵

⁶⁴ Габуева Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зимина. – Москва: Проспект, 2015. С.55.

⁶⁵ «Программа поэтапного совершенствования новой системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70169234/> (дата обращения: 08.04.2017).

Очень важно, чтобы показатели, используемые для оценки эффективности труда медицинских работников, измерялись в количественном и качественном выражении. Однако необходимо учитывать специфику труда медицинских работников, результаты которого часто не поддаются количественному измерению, а именно репутацию врача (индивидуальный рейтинг).

Анализ нормативно-методической базы внедрения эффективного контракта позволил выявить его положительные и отрицательные стороны (Таблица 1.3.1), которые необходимо учитывать при дальнейшем применении и развитии новой системы оплаты труда в здравоохранении.

Таблица 1.3.1 - Преимущества и недостатки эффективного контракта в системе здравоохранения⁶⁶

Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none"> Управляемая система мотивации и стимулирования труда 	<ul style="list-style-type: none"> Невозможность осуществления выплат стимулирующего характера в соответствии с заключенным с работником «эффективным контрактом» в связи с недостатком финансирования
<ul style="list-style-type: none"> Уточнение должностных обязанностей, показателей и критериев оценки эффективности деятельности медицинских работников 	<ul style="list-style-type: none"> Необходимость привлечения дополнительных трудовых ресурсов планово-экономической и бухгалтерской служб для свода и анализа информации по критериям и показателям эффективности, проведения необходимых расчетов
<ul style="list-style-type: none"> Возможность проведения кадрового аудита, аттестации персонала 	<ul style="list-style-type: none"> Проблема учета сложности и качества выполняемой работы
<ul style="list-style-type: none"> Прозрачность, информативность и справедливость начисления стимулирующих выплат 	
<ul style="list-style-type: none"> Понимание условий получения стимулирующих выплат работниками за результаты труда 	
<ul style="list-style-type: none"> Повышение качества оказания медицинской помощи 	
<ul style="list-style-type: none"> Повышение индивидуальной ответственности за результаты труда 	
<ul style="list-style-type: none"> Развитие кадрового потенциала учреждения 	

⁶⁶ Составлено автором

По нашему мнению, можно выделить два подхода к разработке и внедрению эффективного контракта в учреждениях здравоохранения. Разработка первого подхода принадлежит Л.А. Габуевой и Э.В. Зиминой и заключается в проведении пяти базовых пошаговых мероприятий для подготовки ЛПУ к переходу на эффективный контракт (Рисунок 1.3.2):

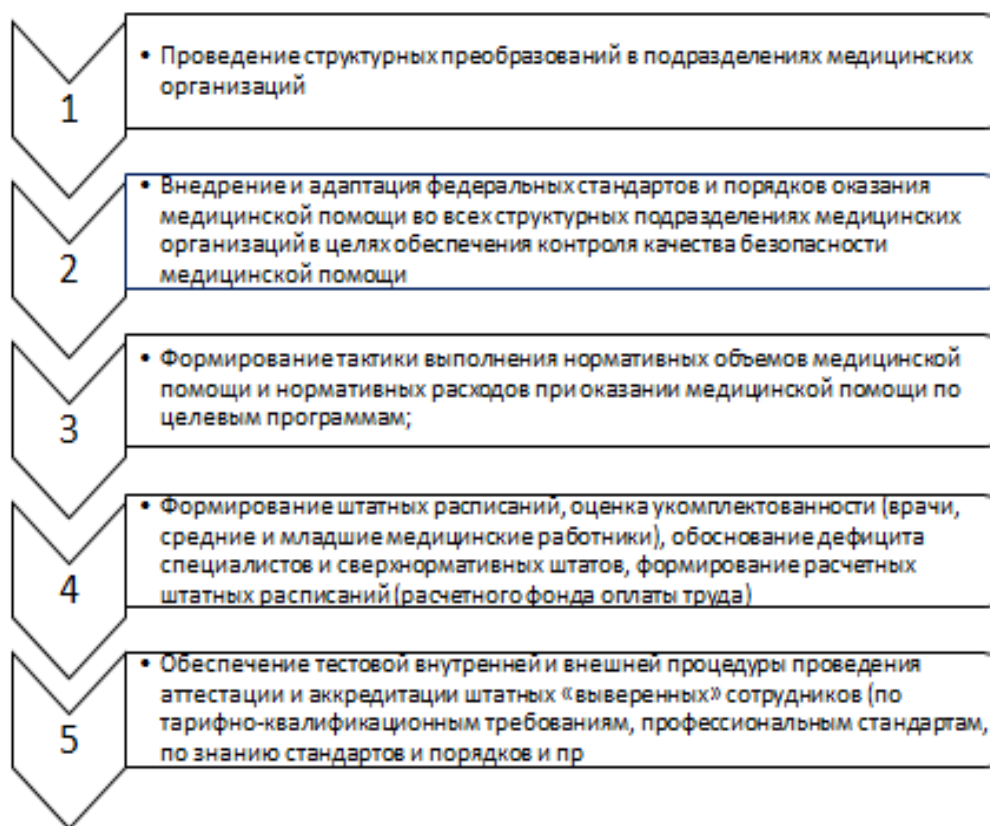


Рисунок 1.3.2 - Этапы внедрения эффективного контракта по методике Л.А. Габуевой⁶⁷

Второй подход к внедрению эффективного контракта принадлежит представителям Омской научной школы экономики труда Т.А. Лапиной и Е.И. Зательмаеру и включает в себя следующие этапы (Рисунок 1.3.3):

⁶⁷Габуева Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зиминая. – Москва: Проспект, 2015. С.55.

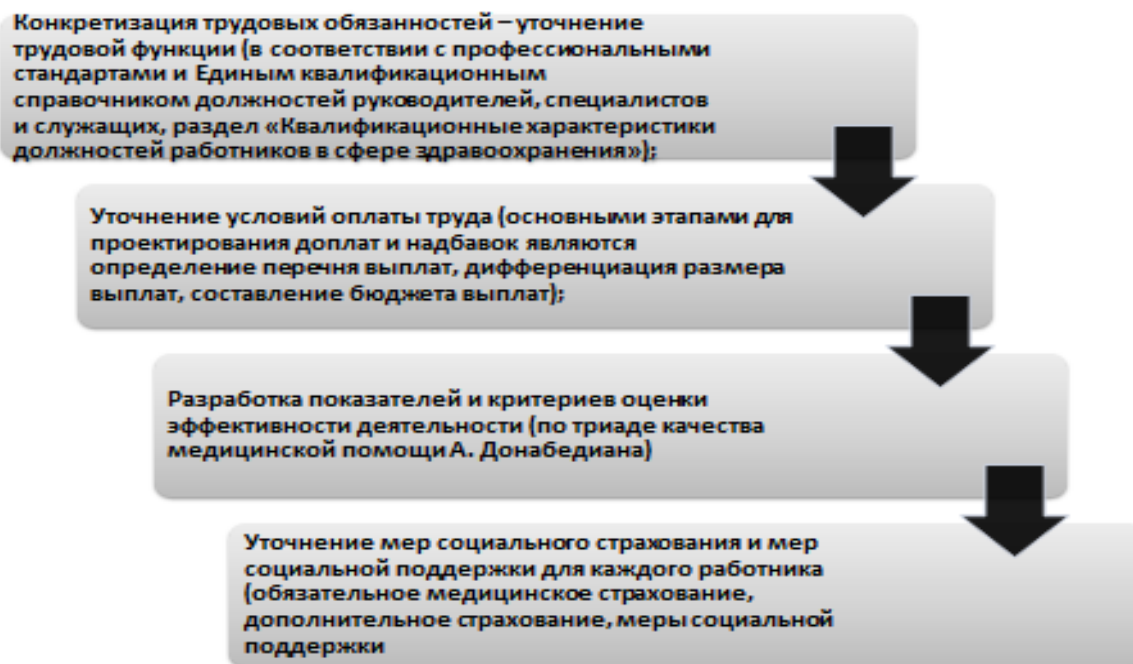


Рисунок 1.3.3. - Внедрение эффективного контракта по методике представителей Омской школы экономики труда⁶⁸

Эти подходы не противоречат друг другу, т.к. подход омских ученых базируется на разработках Габуевой Л.А. и Зиминной, и могут быть использованы в учреждениях стоматологического профиля, но при этом следует учитывать те проблемы и «узкие места», которые были выявлены во время внедрения эффективного контракта в здравоохранении.

В то же время, по нашему мнению, немаловажными мероприятиями при внедрении эффективного контракта, которые необходимо учитывать, являются:

- внесение изменений в ряд нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы оплаты труда, таких как положение по оплате труда, положение о премировании, а также коллективный договор, должностные инструкции (с учетом Методических рекомендаций по реализации

⁶⁸Лапина Т.А., Зательмаер Е.И. Организационно-методические основы внедрения эффективного контракта в бюджетных учреждениях здравоохранения // Вестник Омского университета. – 2015. – № 4. - С.144.

мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения);

- мероприятия по возможному переводу обеспечивающих функций и услуг на условиях аутсорсинга и привлечения сторонних организаций, что повлечет за собой оптимизацию штатной численности и уменьшение фонда оплаты труда, что приблизит учреждение к выполнению Указов президента по повышению уровня оплаты труда;
- проведение мониторинга эффективности расходования средств, полученных от оказания платных медицинских услуг;
- совершенствование корпоративной культуры (дресс-код, благоприятный социально-психологический климат, предотвращение или урегулирование конфликтных ситуаций и т.п.);
- разработка положения о нормировании труда в учреждении, проведение хронометража рабочего времени, что позволит правильно планировать время работы специалистов, в том числе и медицинских работников;
- дифференцированный подход к оплате труда работников, выполняющих работы различной сложности, по профессионально-квалификационным группам;
- устранение необоснованной разницы в уровне оплаты труда руководителей и работников учреждений;
- осуществление контроля за оптимальным соотношением гарантированной части заработной платы и стимулирующих надбавок.

Выводы по первой главе. Современный этап развития бюджетного здравоохранения характеризуется широким внедрением рыночных отношений: переход от предоставления медицинской помощи к предоставлению медицинской услуги; появление страховой медицины; распространение новых форм социально-трудовых и экономических отношений («заемный труд», аутсорсинг, частно-государственное партнерство, дистанционная занятость, предоставление платных услуг населению). Все это привело к изменению характера труда в здравоохранении, т.к. меняется собственник средств труда (государство потеряло

свою монополию на средства производства), структуру и порядок предоставления медицинской помощи и услуг определяют страховые компании. Медицинский персонал начинают ориентировать на достижение экономических показателей в своей работе. Одновременно происходит и трансформация содержания труда, обусловленная все большей его информатизацией, расширением функционала, с одной стороны, и усиливающейся специализацией, с другой. Распространение высокотехнологичной медицины требует высокой квалификации от сотрудников и умения работать в команде.

Все вышесказанное обусловило необходимость перехода к новой системе оплаты труда вместо действовавшей тарифной системы, которая в силу своей инертности уже не удовлетворяла требованиям. В связи с этим Правительством РФ было принято решение о переходе на эффективный контракт, который позволяет решать целый ряд задач: сохранение кадрового потенциала, повышение уровня оплаты труда медицинских работников, повышение качества оказания медицинских услуг, увязки целей работника и организации. Дальнейшее внедрение основных элементов новой системы оплаты труда необходимо осуществлять на основе анализа практики внедрения эффективного контракта, которая будет рассмотрена в следующей главе.

ГЛАВА 2 ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЮЧЕВЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 Особенности формирования фонда оплаты труда в учреждении здравоохранения города Москвы

Формирование фонда оплаты труда в бюджетных учреждениях здравоохранения имеет свои особенности. Необходимость перераспределения расходных обязательств при реализации государственных программ и проектов в здравоохранении приводит к тому, что происходят существенные изменения условий деятельности (организационно-правовых, экономических) участвующих в их реализации медицинских учреждений, что в свою очередь приводит к определенным проблемам при формировании и использовании фонда оплаты труда.

Формирование и распределение ФОТ представлено на рисунке 2.1.1.

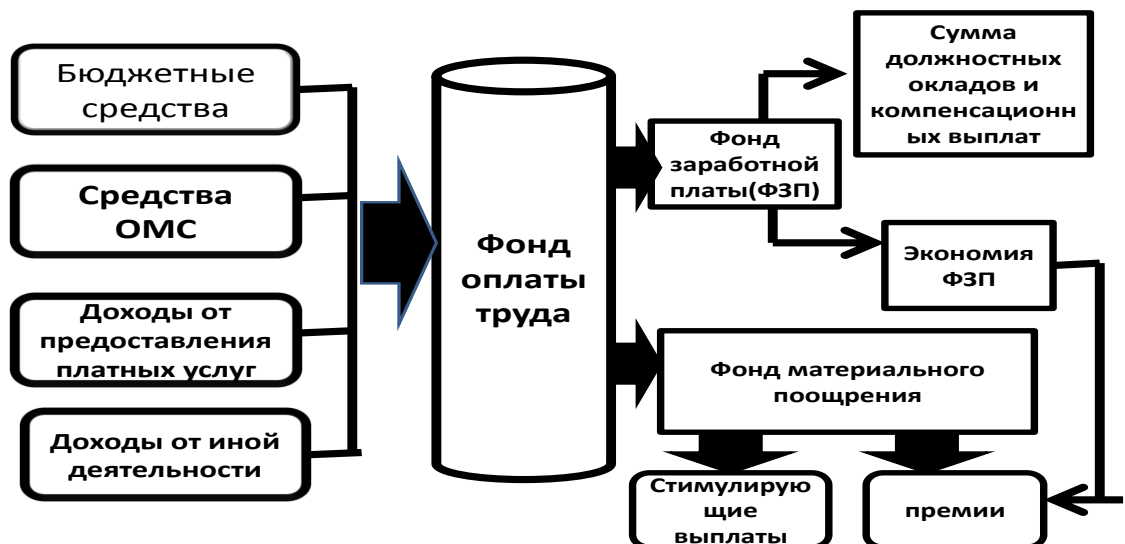


Рисунок 2.1.1 - Формирование и распределение фонда оплаты труда⁶⁹

⁶⁹Составлено автором

Бюджетное финансирование в здравоохранении представляет собой основной источник средств некоммерческой медицинской деятельности, осуществляется государством или иным собственником учреждения здравоохранения на основании сметы расходов.

С 2010 года медицинские организации в нашей стране в целях получения дополнительных возможностей для хозяйственной самостоятельности и повышения эффективности их функционирования были преобразованы в казенные, бюджетные и автономные. Л.С. Гусева отмечает, что применявшиеся ранее подходы к планированию бюджетных смет и государственного финансирования расходов были сохранены только в казенных учреждениях. Бюджетные и автономные учреждения, согласно проведенной реформе, могут предоставлять врачебные услуги за вознаграждение отдельным пациентам и юридическим лицам, получая финансовые средства, которые могут компенсировать недостаточное финансирование расходов по средствам бюджетов и средствам ОМС. Кроме организационно-правовых изменений в сфере здравоохранения происходят преобразования экономической базы в части финансирования основной деятельности бюджетных и автономных учреждений здравоохранения. После переходного периода 2012 г., основные поступления финансовых средств осуществляются «на основе субсидий на выполнение государственного задания или субсидий ОМС, устанавливающих объемные и финансовые нормативы по видам помощи и условиям ее предоставления»⁷⁰.

Основные изменения, происходящие в статусе бюджетных учреждений, сводятся к следующему (Рисунок 2.1.2):

⁷⁰ Гусева С.Л. Модели финансирования здравоохранения. - М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2012. - 43 с.

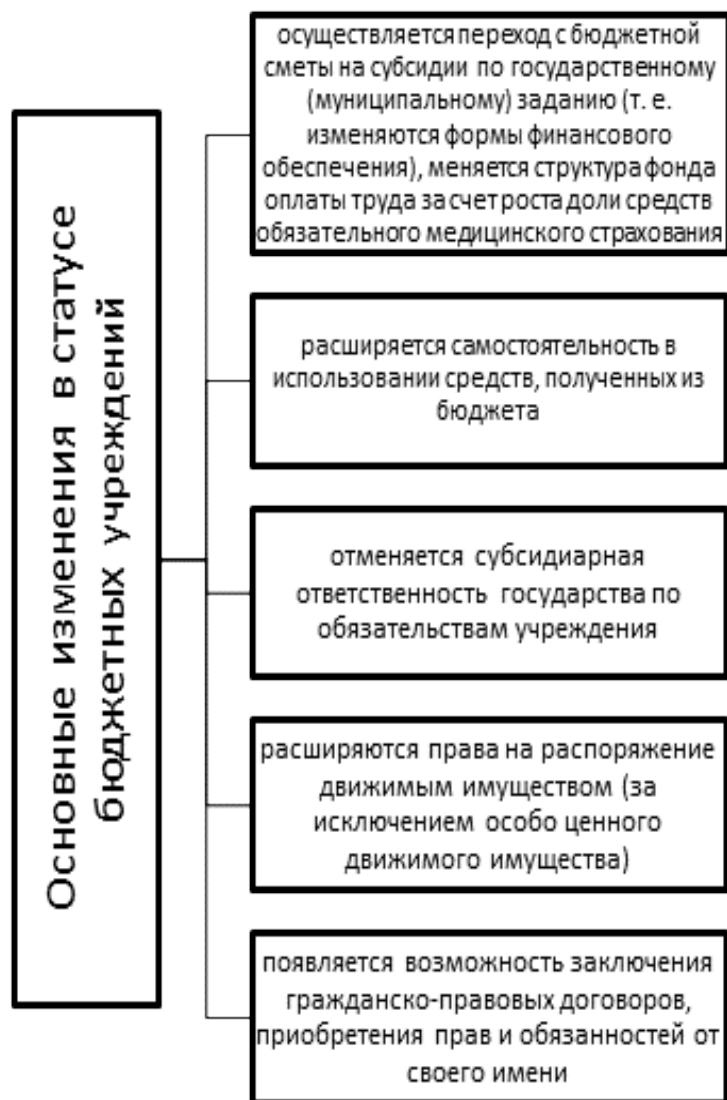


Рисунок 2.1.2 - Основные изменения в статусе бюджетных учреждений

В Таблице 2.1.1 представлены источники формирования ФОТ государственного бюджетного учреждения здравоохранения после реформирования.

Таблица 2.1.1 – Источники формирования ФОТ государственного бюджетного учреждения здравоохранения⁷¹

Источники формирования ФОТ государственного бюджетного учреждения здравоохранения	
Бюджетные средства	- средства федерального бюджета, бюджетов республик в составе РФ и местных бюджетов, т.е. бюджетов всех уровней. Руководителю учреждения здравоохранения предоставлено право формировать и утверждать штатное расписание самостоятельно в пределах установленного фонда оплаты труда. Внесение изменений в штатное расписание, которые зачастую направлены на интенсификацию труда ряда служб, подразделений (внутреннее совмещение, подрядные формы организации труда и др.), что позволяет сэкономить средства ФОТ
Средства обязательного медицинского страхования	- для каждого отделения, работающего в условиях ОМС, на основании утвержденных показателей работы рассчитывается плановый доход. Соответственно устанавливается и норматив образования ФОТ как процент заработной платы от суммы доходов по выставленным счетам-реестрам за пролеченных пациентов. Фактический доход рассчитывается путем корректировки планового дохода на процент выполнения государственного задания по посещениям с профилактической целью и обращениям по заболеванию. При этом пропорционально корректируется и размер ФОТ за данный отчетный период (месяц)
Средства обязательного медицинского страхования	- в структуру стоимости платной медицинской услуги закладывается рентабельность (не более 20 %), что позволяет учреждению получать прибыль от платной медицинской деятельности. При выборе направлений использования средств прибыли приоритет принадлежит администрации учреждения. Также данные средства могут полностью или частично быть направлены на формирование фонда материального поощрения

⁷¹ Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарёв, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

Данные источники финансирования являются взаимодополняющими, их удельный вес и соотношение в структуре фонда оплаты труда может изменяться в зависимости от конкретных условий функционирования учреждения. Уменьшение доходов по одному из источников компенсируется за счет другого.

Причинами уменьшения доходов из возможных источников могут служить:

- «в отношении средств ОМС - это неполное возмещение затрат (неполная оплата реестров);

- снижение доходов от оказания платных услуг может быть обусловлено действием рыночных факторов (спрос, предложение и др.)»⁷².

Следует отметить, что введение такого инструмента, как медицинское страхование, которое должно было улучшить показатели финансирования здравоохранения, не смогло существенно изменить ситуацию в отрасли. На сегодняшний день проблема поиска дополнительных источников финансирования остается актуальной для большинства медицинских учреждений. Ведение новых стандартов оказания медицинской помощи, которые помимо названия заболевания, сроков лечения и т.п. содержат и критерии оценки качества, результата лечения, а также необходимый минимум затрат также вызывает необходимость изменений существующей в настоящее время модели финансирования.

Согласно классификации Н.М. Парыгиной⁷³, источниками формирования ФОТ в здравоохранении по их принадлежности (по субъекту собственности) являются (Рисунок 2.1.3):

⁷² Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

⁷³ Парыгина Н.М. Проблемы бюджетного учета медицинских услуг в клинических диагностических центрах // Актуальные проблемы социально-экономического развития России. - 2010. - № 4. - С. 15-20.



Рисунок 2.1.3 - Источники формирования ФОТ в здравоохранении по их принадлежности (по субъекту собственности)

Финансирование стоматологических учреждений здравоохранения переведено со сметного принципа финансирования на субсидирование государственного задания. Это привело к необходимости изменения финансового обеспечения лечебно-профилактических учреждений.

Денежные ресурсы, которые поступают из государственного бюджета на медицину, не обеспечивают финансирование затрат на оказание медицинской помощи ЛПУ. Недостающие финансовые ресурсы можно компенсировать исключительно за счет предоставления платных услуг и привлечения внебюджетных средств.

Такая практика принята во многих бюджетных ЛПУ. Например, в ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26» на данный период времени имеется три источника финансирования, из которых формируется ФОТ:

- бюджетное финансирование;
- средства обязательного медицинского страхования;
- средства от приносящей доход деятельности.

Проведем анализ источников финансирования расходов ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26».

Динамика показателей финансирования расходов ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26» г. Москвы представлены в таблице 2.1.2.

Таблица 2.1.2 - Источники и объемы финансирования деятельности бюджетного учреждения здравоохранения стоматологического профиля (2012-2014 г.)

Источники финансирования	Годовой объем финансирования 2012 г. (руб.)	% от годового объема финансирования	Годовой объем финансирования 2014 г. (руб.)	% от годового объема финансирования
Бюджетные ассигнования, всего	53 572 600,00	46,1	1 921 637,00	3,7
в том числе средства городского бюджета	53 572 600,00	46,1	1 921 637,00	3,7
Внебюджетные источники, всего	62 714 693,73	53,9	48 396 034,15 (в том числе поступления за обслуживание иногородних)	92,5
в том числе средств ОМС (от страховых организаций)	62 714 693,73	53,9	48 396 034,15 (в том числе поступления за обслуживание иногородних)	92,5
Средства от приносящей доход деятельности, всего	3 994,6	0,0034	1 974 361,38	3,7
в том числе: реклама, медицинские услуги	3 994,6 (реклама)	0,0034	1 974 361,38 (мед услуги)	3,8
ИТОГО:	116 291 288,33	100	52 292 032,53	100

На основе анализа данной таблицы выявлена отрицательная динамика в пропорциях бюджетного финансирования и увеличение доли внебюджетных источников, что обусловлено переходом на одноканальное финансирование, при котором основная часть финансовых средств, которые поступают в учреждения здравоохранения, будет поступать из фондов ОМС. Ситуация последних лет

показывает, что увеличение доли средств ОМС в структуре финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи приняло устойчивый характер. Так, в 2012 году удельный вес бюджетного и внебюджетного финансирования учреждения был примерно равен. Однако бюджетное финансирование в 2014 году составило лишь 3,7 % от общего объема и было представлено целевой субсидией (на выравнивание городского уровня оплаты труда). Данное снижение и незначительная сумма финансирования расходов стоматологической поликлиники характерны практически для всех медицинских учреждений подобного рода деятельности и были вызваны изменениями макроэкономических факторов в стране⁷⁴.

Анализ фонда оплаты труда ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26», показал, что:

1. Источниками финансирования расходов на оплату труда сотрудников являлись: средства ОМС и средства городского бюджета;
2. В общих расходах средств ОМС оплата труда и начисления на оплату труда составили – 87,7 %.

В целях анализа начисленного фонда оплаты труда из средств ОМС по категориям персонала до и после введения НСОТ рассмотрим данные рисунка 2.1.4.

Анализ данных показал, что до введения НСОТ 57,7 % фонда оплаты труда - это доля, приходящаяся на врачей, 27,7 % - доля среднего медперсонала, 4,3 % - на денежное вознаграждение младшего медперсонала и 10,3 – на заработную плату прочего персонала.

После перехода лечебно-профилактического учреждения на систему оплаты труда, отличную от тарифной, структура ФОТ существенно изменилась.

⁷⁴ Пироговский М.Л. Ресурсы экономических служб в медицинских учреждениях [Текст] / М. Л. Пироговский // Новые задачи современной медицины: материалы II междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). – СПб.: Реноме, 2013. - С. 75-78.

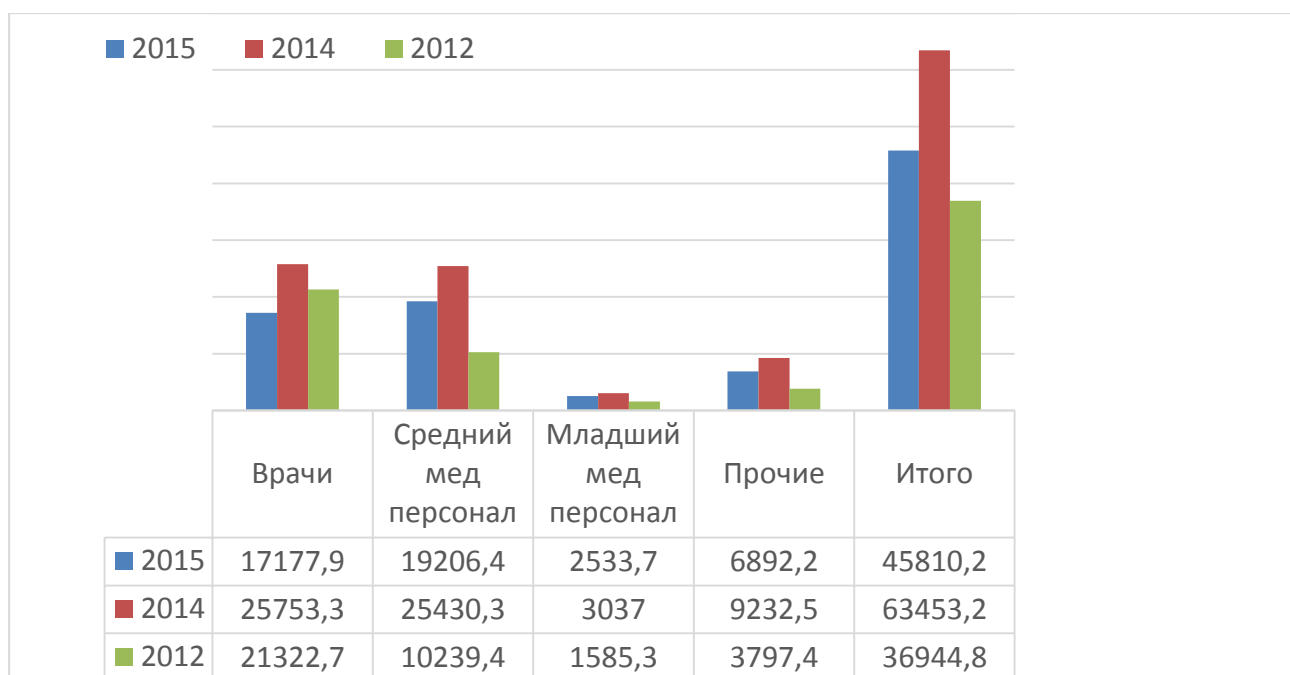


Рисунок 2.1.4 - Начисленный ФОТ за счет средств ОМС с разбивкой по категориям персонала за 2012 и 2015 гг.

В 2014 году по сравнению с 2012 годом отмечается рост фонда оплаты труда на 10 %, в то время как среднесписочная численность сократилась на 40 %, что говорит о повышении среднемесячной заработной платы медицинских сестер, зубных техников и рентгенолаборантов.

Сравним также среднемесячную заработную плату по категориям персонала 2014 год к 2012 году (Таблица 2.1.3)⁷⁵.

Анализ данных таблицы 2.1.3 показал, что среднемесячная заработная плата по категориям персонала выросла по отношению к 2012 году. Однако этот рост обусловлен не увеличением бюджетного финансирования, а переходом на путь самофинансирования, развитием платных медицинских услуг.

Наибольший рост средней заработной платы отмечается у прочего персонала, к которому относится административный персонал (специалист по ГО, инженер по охране труда и др.), что связано с повышением объема работ данной категории сотрудников, в том числе, и за счет совмещения должностей.

⁷⁵Составлено автором на основе отчетных форм.

Таблица 2.1.3 - Анализ среднемесячной заработной платы по категориям персонала 2014/2012 гг.

Информация о средней заработной плате за 2014г./к годовой 2012г.						
Учреждения		Категории персонала				
		ВСЕГО ПО УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕ НИЯ	ВРАЧИ ,в том числе заместители- врачи	СРЕДНИЙ МЕДПЕРСОНАЛ	МЛАДШИЙ МЕДПЕРСОНАЛ	ПРОЧИЙ ПЕРСОНАЛ
ГУЗ Детская стоматологическая поликлиника № 26	2012 год	42 828	46 490	36 241	30 623	38 991
	среднемесячная з/п расчетного периода (за 2014 г.)	49 167	55 267	38 466	26 890	65 212
	ПРИРОСТ	1,15	1,19	1,06	0,88	1,67

*заместители врачи – заместители главного врача по медицинской части, по клинико-экспертной работе

Уменьшение финансового обеспечения ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26» за счет средств фонда ОМС обуславливает снижение размеров и видов стоматологической помощи, применения передовых медицинских технологий, а также не мотивирует врачей к эффективной и качественной деятельности. Следовательно, можно говорить о несостоятельности применяемой в настоящее время модели ОМС, и о формировании объема медицинских процедур, который никем не финансируется.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС едины для всех СМО, работающих в этой системе. Определяются они в соответствии с «Порядком определения тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС». В ситуации, когда утвержденные тарифы оказываются ниже себестоимости услуги, администрация учреждения может предпринять соответствующие действия по изменению сложившегося технологического стандарта лечения, более эффективному использованию трудовых ресурсов и т. п. или, при наличии объективных причин недостатка финансовых средств, обосновать необходимость в увеличении размера тарифа.

В 2013 году поликлиника получила разрешение Департамента здравоохранения на оказание платных медицинских услуг. В 2014 году у ГБУЗ

«Детская стоматологическая поликлиника» выделился сектор платных услуг, оказываемых в специально выделенном кабинете.

Вторым этапом анализа финансирования лечебного учреждения является фактическое соотношение расходов и доходов по источникам финансирования (ф. 0503737). На данном этапе происходит анализ соответствия фактических расходных обязательств и утвержденных по форме значений.

Бюджетное финансирование в 2012-2014 гг. было исполнено ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26» на 100%. Исполнение плана финансово-хозяйственной деятельности по источникам финансирования представлено в таблице 2.1.4.

Анализ таблицы 2.1.4 показал, что по большей части статей расходных обязательств суммы расходов были выполнены на 100%, но по некоторым статьям был отмечен недостаток средств исполнения, то есть у лечебного учреждения имеется дефицит средств. Дефицит средств наблюдался по таким статьям расходов, как «Заработная плата» (КОСГУ 211) и «Начисления на оплату труда» (КОСГУ 2013), что позволяет сделать вывод, что у поликлиники не хватает финансовых средств по данным статьям. Статья 211 (заработная плата) и 213 (начисления на оплату труда) исполнены на 96 % от плановых показателей. Таким образом, анализ финансирования лечебного учреждения показал, что ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26» имеет отклонения, как в сторону перерасхода, так и в сторону дефицита.

Доля расходов на оплату труда по всем источникам финансирования в общей структуре расходов составила: 2012 год – 66,9%; 2014 год – 65,6 %, что свидетельствует лишь о незначительных изменениях при формировании фонда оплаты труда учреждения и сохранении уровня заработной платы работников при переходе на одноканальное финансирование.

Таблица 2.1.4 - Исполнение плана финансово-хозяйственной деятельности бюджетного учреждения⁷⁶

Наименование	КО СГ У	2012 год				2014 год			
		Утверждено, тыс. руб	Исполн ено, %	Утверждено, тыс. руб	Исполнен о, %	Утверждено, тыс. руб	Исполн ено, %	Утверждено, тыс. руб	Исполнено ,%
		Бюджет		ОМС		Бюджет		ОМС	
Заработная плата	211	36944,83	100,00	23613,00	100,00	1921,6	100,00	62364,46	96,00
Прочие выплаты	212	-		0,38	100,00			1,08	100,00
Начисления на оплату труда	213	8831,86	100,00	7194,30	100,00	323,2	100,00	16468,46	96,00
Услуги связи	221	76,31	100,00	35,71	100,00			147,16	100,00
Транспортные Услуги	222	-		-				929,67	100,00
Коммунальные Услуги	223	1601,30	100,00	116,84	100,00			1611,25	105,00
Услуги по содержанию имущества	225	2314,50	100,00	519,85	100,00			2780,65	100,00
Прочие Услуги	226	1423,50	100,00	259,98	100,00			4147,72	100,00
Прочие Расходы	290	3,21	100,00	42,76	100,00			3,51	100,00
Увеличение стоимости основных средств	310	1050,00	100,00	1371,93	100,00			318,36	100,00
Увеличение стоимости матер.запасов	340	353,22	100,00	4753,91	100,00			4132,85	94,00
ИТОГО:		52598,83		37908,66		2244,8		92905,17	

⁷⁶Составлено автором по данным: плана финансово-хозяйственной деятельности на 2012 и на 2014 годы ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ».

Переход на систему одноканального финансирования имеет и другие недостатки⁷⁷ (Рисунок 2.1.5):



Рисунок 2.1.5 – Недостатки перехода на систему одноканального финансирования

⁷⁷Соловьева В.Ю. Развитие финансового обеспечения системы здравоохранения [Текст] / В. Ю. Соловьева // Молодой ученый. - 2013. - №5. Т.1. - С. 224-226;
Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения, 2010, N 8, Источники и объекты финансирования медицинской помощи в Российской Федерации.

Система ОМС позволила объединить в единое целое функции и механизмы здравоохранения в целях решения задач по созданию условий для эффективной деятельности отрасли. Важнейшие из них приведены на рисунке 2.1.6:

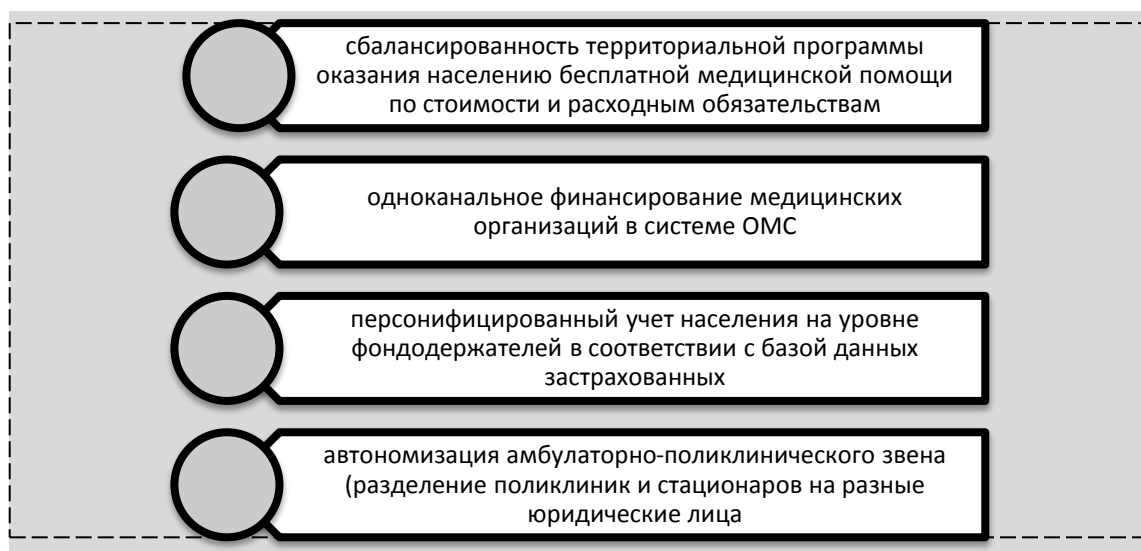


Рисунок 2.1.6 - Задачи по созданию условий по эффективному функционированию здравоохранения⁷⁸

Одноканальное финансирование здравоохранения заключается в том, что все ресурсы поступают по единственному каналу, а именно через систему обязательного медицинского страхования. Основное достоинство такого финансирования - однонаправленность мотивации населения и системы здравоохранения⁷⁹. Фондодержателями средств ОМС при этом выступают лечебные учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

Внедрение одноканального финансирования направлено на создание конкурентного рынка медицинских услуг, мотивацию учреждений здравоохранения и самих работников к усилению профилактической деятельности, сокращению издержек, оптимизацию структуры и штатов, что в конечном итоге

⁷⁸Пивень Д.В. Дудин П.Е. «Одноканальное финансирование – миф или реальность?» // Менеджер здравоохранения. – 2011 – 3 - 5. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.idmz.ru/idmz_site.nsf/pages/mz.htm (дата обращения: 05.03.2015).

оказывает влияние на качество медицинских услуг и эффективность использования ресурсов.

Оплата через одноканальное финансирование будет осуществляться на основании полного тарифа. Не вызывает сомнения, что одноканальное финансирование имеет и ряд преимуществ (Рисунок 2.1.7):

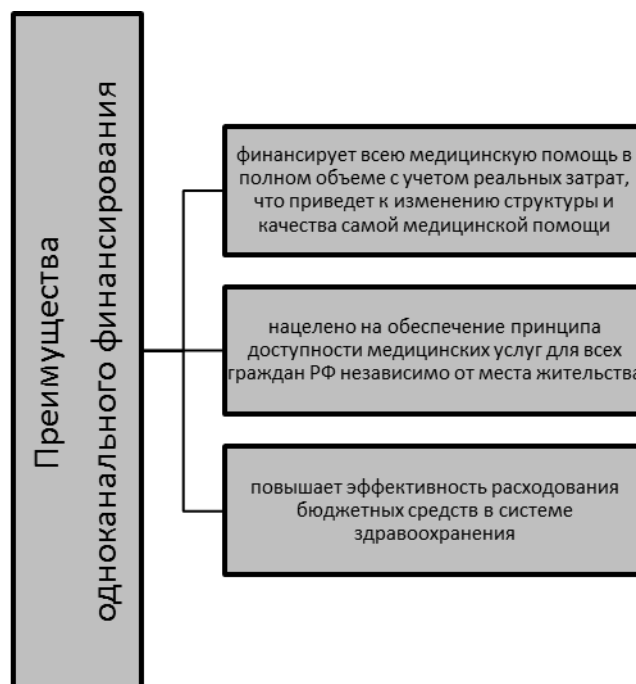


Рисунок 2.1.7 - Преимущества одноканального финансирования

В целях анализа источников финансирования учреждений здравоохранения СЗАО г. Москвы рассмотрим формирование фонда оплаты труда (статья 211) по учреждениям здравоохранения различной организационно-правовой формы (Таблица 2.1.5).

Анализ данных таблицы 2.1.5 показал, что финансирование автономных учреждений на 39 % состоит из бюджетного финансирования путем направления целевой субсидии на выравнивание городского уровня оплаты труда, на 41 % из фонда обязательного медицинского страхования и на 20 % от приносящей доход деятельности (оказание платных услуг населению).

Таблица 2.1.5 - Источники формирования ФОТ стоматологических ЛПУ⁸⁰

Учреждение	Организационно-правовая форма	Источники формирования ФОТ (тыс. руб./% ФОТ)				
		Субсидия (бюджет)	ОМС	Иногородные	Платные	ИТОГО
ГАУЗ «СП № 65»	автономное	59612,44	63447,42	0,00	30318,25	153 378,11
		39	41	0	20	100
ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ»	бюджетное	1 921,64	47 220,92	1 175,11	1 974,36	52 292,03
		3,7	90,3	2,2	3,8	100
ГКУЗ «ДС № 42»	казенное	59 919,70	0,00	0,00	0,00	59 919,70
		100	0	0	0	100

Финансирование бюджетных учреждений на 3,7 % состоит из бюджетного финансирования (субсидия на выравнивание городского уровня оплаты труда), на 90,3 % из фонда ОМС; на 2,2 % от оплаты счетов за оказание услуг иногородним пациентам (ОМС) и на 3,8 % от оказания платных услуг. Финансирование казенных учреждений было полностью бюджетным (100 %), так как другие источники финансирования законодательно не предусмотрены.

Рассмотрим, какие изменения произошли в формировании фонда оплаты труда в стоматологической поликлинике после перехода на НСОТ (Таблица 2.1.6)⁸¹.

Проанализировав таблицу 2.1.6, можно сделать вывод о том, что с переходом на НСОТ в 2012 году значительная часть фонда заработной платы (66,6%) формировалась за счет целевой субсидии из бюджета, однако, в 2014 году из бюджета на оплату труда поступило лишь 1921,5 тыс. руб., что составило 3 % от фонда оплаты труда, в 2015 году – 2554,7 тыс. руб., что составило 3,9 % от фонда оплаты труда, в 2016 -2017 гг. субсидии из бюджета на выплату заработной платы не выделялись.

⁸⁰ Составлено автором по данным отчетных форм.

⁸¹ Составлено автором по данным отчетных форм.

Таблица 2.1.6 - Формирование и распределение фонда оплаты труда государственного бюджетного учреждения здравоохранения стоматологического профиля за 2012-2017 гг.⁸²

	ВСЕГО по учреждению					КАТЕГОРИЯ ПЕРОНАЛА														
						Врачи (кроме зубных)					Средний медицинский персонал					Младший медицинский персонал				
	2012	2014	2015	2016	2017	2012	2014	2015	2016	2017	2012	2014	2015	2016	2017	2012	2014	2015	2016	2017
Среднесписочная численность, чел.	114	109,8	91,7	85,7	63,1	41	35,1	28,8	24,3	17,1	53	51,6	41	38,8	23,5	8	9,8	6,4	7,5	0,8
Фонд начисленной заработной платы всего, тыс. руб.	58588,4	64782,8	64735,1	67336,5	58446,8	22873,1	23278,3	20592	21449,4	21265,7	23049,1	23818,1	22473,1	24226,4	17713,9	2939,8	3163,4	2734	2682,3	492,6
в том числе:																				
Бюджет (субсидий)	39025,9	1921,5	2554,7	0	0	13996,3	327,5	776,7	0	0	16590,1	229,3	1275,3	0	0	2090,1	173,3	200,3	0	0
ОМС	19562,5	61089,9	55555,4	52969,1	34938,7	8876,8	21851,7	16028,5	13926,9	9443,6	6459,0	23061,9	19206,4	19267,9	10852,8	849,7	2990,1	2533,7	2554,5	492,6
ПМУ	0	1771,3	6625	14367,4	23508,1	0	1099,1	3786,8	7522,5	11822,1	0	526,9	1991,4	4958,5	6861,1	0	0	0	127,8	0
Средняя заработная плата, руб.	42827,8	49167,3	58828,7	65477,0	77188,1	46490,0	55266,6	59583,3	73557,6	103634	36240,7	38465,9	45677,0	52032,6	62815,2	30622,9	26899,7	35599,0	29803,3	51312,5

⁸²Составлено автором по данным Формы № ЗП - Здрав (Приказ Росстата об утверждении формы от 07.10.2016 № 581).

Предполагалось, что недостаток бюджетного финансирования смогут компенсировать средства от приносящей доход деятельности, но этого не произошло по объективным причинам, и доход от платных услуг в 2014 году составил всего 1771,3 тыс. руб., в 2015 году – 6625,0 тыс. руб.

Начиная с 2016 года доход от оказания платных медицинских услуг стал увеличиваться и в 2017 году составил в фонде оплаты труда 40 %. Однако необходимо отметить, что за счет данного источника нельзя гарантировать выплату заработной платы работникам, так как его размер постоянно меняется в зависимости от спроса населения. Он может служить лишь как дополнительный источник средств на выплаты стимулирующего характера медицинского персоналу.

Согласно данным Росстата, прогнозный среднемесячный доход от трудовой деятельности по г. Москва за 2017 год составил 63 054,00 руб. Согласно «дорожной карте» целевые показатели по величине средней заработной платы должны достичь 180 % для врачей, 90 % - для медицинских работников среднего звена и 80 % - для низкоквалифицированного персонала от средней заработной платы по субъекту. За 2017 год в учреждении среднемесячная заработная плата врачей составила 103634,00 руб. (164 % от прогнозного достижения), среднего медицинского персонала – 62815,2 руб. (99,6 % от прогнозного значения), младшего медицинского персонала – 51312,5 руб. (81,4 % от прогнозного значения). Таким образом, по учреждению Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» выполнен по среднему и младшему медицинскому персоналу и не выполнен по врачам. Анализ показал, что рост среднемесячной заработной платы за 2017 год по сравнению с предыдущими аналогичными периодами обусловлен, в том числе, следующими факторами:

- сокращением численности и штата работников вдвое по сравнению с 2012 годом, в частности за счет сокращения должностей категории младшего медицинского персонала, путем внесения изменений в штатное расписание в части замены должности «санитар» на рабочую профессию «уборщик служебных помещений»,

если трудовая функция уборщика включает только уборку вестибюлей, коридоров, лестничных проемов и др.;

- увеличением нагрузки на работников (за счет внутреннего совместительства);
- увеличением доли стимулирующих выплат в фонде оплаты труда учреждения за счет внебюджетных средств.

Анализ фонда оплаты труда в разрезе источников финансирования за 2012-2017 гг. свидетельствует о минимизации стабильного источника финансирования (субсидии бюджета), что подтверждает идею о том, что необходимо увеличить должностной оклад без учета коэффициента до размера минимальной заработной платы по региону, чтобы гарантировать работнику заработную плату не ниже минимального размера оплаты труда, установленного законодательством.

По данным анализа, предлагаем для совершенствования формирования и распределения фонда оплаты труда бюджетного учреждения здравоохранения обеспечить государственную поддержку развития всех форм финансирования (бюджетной, ОМС, приносящей доход деятельности) за счет развития частного-государственного партнерства.

Отметим, что анализ финансового обеспечения лечебного учреждения позволяет обосновать главную задачу медицинских учреждений - оптимальное управление финансовыми потоками и обеспечение руководителей всех уровней достоверной и своевременной медико-экономической информацией для принятия решений.

2.2 Оценка системы оплаты труда в государственном бюджетном лечебно-профилактическом учреждении стоматологического профиля в условиях внедрения новой системы оплаты труда

Ключевым моментом введения НСОТ является контроль за соблюдением требований законодательства при ее внедрении в бюджетных учреждениях и проведение аудита заработной платы работников до и после ее внедрения.

Работодатели в соответствии с законодательством обязаны доводить заработную плату до размера минимальной заработной платы. Для Москвы, в соответствии с «Московским трехсторонним соглашением на 2016-2018 годы между Правительством Москвы, московскими объединениями профсоюзов и московскими объединениями работодателей», это значение с 01.10.2017 года составляет – 18 742 рубля в месяц. К сожалению, добиться выполнения этой рекомендации удастся не всем учреждениям. Особенно в региональных и муниципальных учреждениях, так как полномочия устанавливать системы и уровень оплаты труда в бюджетных учреждениях здравоохранения были переданы регионам. Таким образом, образовалась большая дифференциация в оплате труда. Учитывая, что во многих регионах бюджеты пополняются со значительным дефицитом и накопились значительные суммы государственного долга, решить эту задачу без дотаций из федерального бюджета практически невозможно.

В соответствии с «Едиными рекомендациями по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2017 год»⁸³ рекомендуется увеличить долю выплат по окладам в структуре заработной платы до 55-60 процентов. Приказом от 26.12.2016 г. № 1033 власти города Москвы внесли изменения в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 г. № 531⁸⁴ увеличив размер минимального должностного оклада до 17600 рублей. Однако были исключены показатели увеличения минимального должностного оклада (коэффициенты), учитывающие квалификационный уровень. Согласно новой редакции приказа размеры повышающих коэффициентов должны устанавливаться в учреждениях самостоятельно и указываться в коллективном договоре. Также были отменены обязательные ранее выплаты за ученую степень и

⁸³«Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2017 год» (утв. решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 23.12.2016, протокол N 11)

⁸⁴ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 09.06.2012 N 531 (ред. от 15.12.2017) "О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы"

почетное звание, которые многие сотрудники считали гарантированными, сократились проценты по выплатам за продолжительность непрерывной работы в учреждениях государственной системы здравоохранения. Теперь учреждениям дается право самостоятельно устанавливать порядок, условия и размер стимулирующих выплат «при наличии финансовых возможностей». Необходимо отметить, что размер минимальной заработной платы не является постоянной единицей и устанавливается с учетом социально-экономических условий и величины прожиточного минимума трудоспособного населения в субъекте, что не учтено в приказе Департамента здравоохранения города Москвы, так как изменения в приказ были внесены единожды в декабре 2016 года, когда РМЗП составлял 17561 руб. После чего он индексировался дважды, в июле 2017 г. (17 642 руб.) и в октябре 2017 г. (18 742 руб.), а изменения в приказ не вносились. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в настоящий момент минимальные должностные оклады медицинских работников не соответствуют РМЗП в г. Москве.

В связи с необходимостью выполнения «майских указов» в условиях недостаточного финансирования повышение заработной платы достигается за счет стимулирующих выплат, а базовый оклад может быть гораздо ниже гарантированного государством МРОТ, в то время как выплаты стимулирующего характера не являются постоянным компонентом заработной платы.

Положением об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений, утвержденным п. 1 Постановления № 583 определяется, что «структура фонда оплаты труда должна включать три следующих элемента: оклад (должностной оклад) или ставку заработной платы; выплаты компенсационного характера; выплаты стимулирующего характера»⁸⁵. Аналогичным образом формируется структура заработка медицинского работника.

⁸⁵ Постановление Правительства Российской Федерации "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов..., оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений" от 05 августа от 2008 г. № 583 [Электронный ресурс] //СПС « КонсультантПлюс»: Российское законодательство (бюджетные организации) (дата обращения: 21.04.2017).

Статья 144 ТК РФ⁸⁶ закрепляет право Правительства РФ устанавливать базовые оклады по ПКГ⁸⁷. Однако, базовые оклады, по нашему мнению, являются минимальными и не учитывают многих особенностей работы. Они должны быть увеличены на коэффициенты, которые отражают сложность работы, уровень квалификации работника (например, квалификационные категории) и т.п. Такой подход, с использованием коэффициентов, позволяет перейти вместо базового оклада к должностному, который, установленный таким образом, образует основную часть оплаты труда, обычно именуемую в нормативных документах базовой частью фонда оплаты труда, и является гарантированной для работников.

Также Трудовой кодекс РФ «...предусматривает выплату компенсационной части заработной платы в виде доплат, надбавок и иных выплат. Стимулирующие выплаты не являются постоянными и (или) общими для всех работников данной должности. В этом заключается их основное отличие от гарантированной части заработной платы, которая не зависит от переменных параметров»⁸⁸.

Проведем анализ доли выплат стимулирующего характера в ФОТ на примере ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26 ДЗМ» (Таблица 2.2.1.).

Как видно из таблицы 2.2.1, стимулирующие выплаты (за эффективность, высокие результаты и качество труда, за наличие квалификационной категории, за продолжительность непрерывной работы в учреждениях государственной системы здравоохранения, премии) составляют 34 % от фонда оплаты труда, что соответствует пункту 3 Постановления № 583⁸⁹ и содержит весьма важную гарантию для работников.

⁸⁶Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2017). [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 08.04.2017).

⁸⁷ Ст. 144 ТК РФ определяет, что Правительство РФ «может устанавливать базовые оклады (базовые должностные оклады), базовые ставки заработной платы по профессиональным квалификационным группам. При этом заработная плата работников государственных и муниципальных учреждений не может быть ниже установленных Правительством РФ базовых окладов (базовых должностных окладов), базовых ставок заработной платы соответствующих профессиональных квалификационных групп»

⁸⁸ Введение новой системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.resobr.ru/article/4749-vvedenie-novoy-sistemy-oplaty-truda-v-gosudarstvennyh-i-munitsipalnyh-uchrejdeniyah> (дата обращения: 05.03.2015).

⁸⁹Постановление Правительства Российской Федерации "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов..., оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных

Таблица 2.2.1 - Доля стимулирующих выплат в ФОТ, в том числе за счет приносящей доход деятельности (2014 и 2017 год)⁹⁰

Период	ФОТ, начисленный за определенный период	В том числе выплаты стимулирующего характера, всего		Выплаты стимулирующего характера, за счет приносящей доход деятельности	
		в рублях	в %	в рублях	в %
2014	64 782,8	22 026,15	34	3 083,66	14
2017	58 446,80	34 035,5	58,2	19 709,9	57,9

Выплаты стимулирующего характера за счет приносящей доход деятельности составляют 14 % от общего объема стимулирующих выплат, так как в оказании платных медицинских услуг участвуют не все медицинские работники учреждения.

В целях обеспечения этой гарантии п. 4 Постановления № 583 устанавливает: «...объем бюджетных ассигнований, который предусмотрен бюджетными сметами подведомственных им учреждений...»⁹¹. Таким образом, в случае, если по учреждению нет сокращения оказываемых услуг, то уменьшение выделяемых ему средств будет неправомерным.

Из выше изложенного следует, что постоянная часть ФОТ не может стать меньше, а может либо увеличиться, либо остаться на прежнем уровне. При этом необходимы дополнительные источники для формирования стимулирующей части ФОТ.

государственных учреждений" от 05 августа от 2008 г. № 583 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс»: Российское законодательство (бюджетные организации) (дата обращения: 21.04.2017).

⁹⁰ Составлено автором по данным отчетных форм.

⁹¹ Постановление Правительства Российской Федерации "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов..., оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений" от 05 августа от 2008 г. № 583 [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс»: Российское законодательство (бюджетные организации) (дата обращения: 21.04.2017).

В таблице 2.2.2 приведен размер заработной платы сотрудников одного из бюджетных учреждений здравоохранения стоматологического профиля до и после введения НСОТ.

Таблица 2.2.2 - Размер заработной платы сотрудников бюджетного учреждения здравоохранения стоматологического профиля города Москвы до и после перехода на НСОТ руб. по категориям персонала⁹².

Должность	ЕТС (2012 год)	НСОТ (2013 год)	% от заработка по ЕТС
	ОКЛАД	ОКЛАД	
Заведующая отделением	29602.00	29614.00	101
Врач-стоматолог детский	25502	25668.00	101
Врач-стоматолог-хирург	20341.00	20460.00	101
Зубной врач	16850.00	16905.00	101
Медицинская сестра	18520	18585.00	101
Старшая медицинская сестра	16850	16905.00	101
Зубной техник	18520	18585.00	101
Медицинский регистратор	11461.00	11550.00	101
Сестра-хозяйка	10322.00	10370.00	101
Санитарка	9336.00	9350.00	101
Оператор ЭВМ	10322.00	10400.00	101
ИТОГО:	12 386.00	12 480.00	101

Как видно из таблицы, при переходе на систему оплаты труда, отличную от тарифной, оклады медицинских работников незначительно изменились в сторону увеличения (на 1 %).

Сопоставление уровня заработной платы средних и младших медицинских работников до и после введения новой системы оплаты труда проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения стоматологического профиля города Москвы. Информация была получена из отчетных документов

⁹² Составлено автором на основании тарификационных список работников.

лечебно-профилактического учреждения. Были определены следующие единицы наблюдения:

- врачи-специалисты;
- медицинские сестры поликлинического отделения медицинского учреждения;
- младший медицинский персонал поликлинического отделения муниципального медицинского учреждения.

Зарботки медицинских работников в бюджетных стоматологических клиниках совершенно неконкурентоспособны по сравнению с частной медициной. Врачам и среднему медицинскому персоналу приходится работать еще и в частных клиниках. После окончания рабочего дня в государственном учреждении, доктор уходит в частную клинику, или принимает больных в бюджетном учреждении, но уже на платной основе.

Организация заработной платы в частных клиниках отличается от бюджетных. Главной особенностью заработных плат врачей стоматологов в негосударственных поликлиниках является то, что в 95 процентах частных ЛПУ заработная плата является сдельной и определяется как % от выручки врача за месяц. Исключение составляют заработные платы стоматологов в некоторых крупных многопрофильных медицинских центрах частных и ведомственных поликлиник⁹³.

Таким образом, заработная плата стоматологов в частных клиниках зависит от двух составляющих: выручка врача в месяц и процент заработной платы от выручки. Факторы, влияющие на уровень процента заработной платы:

- специализация и опыт врача;
- личные договоренности между руководством клиники и врачом;
- регион России;
- ценовая категория клиники.

⁹³Анализ заработных плат специалистов в области стоматологии. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kaus-medicina.ru/consulting/commercial/material/26/> (дата обращения: 09.03.2015).

В большей степени на величину процента влияет специализация врача. Примерные данные по размеру процента от выручки, в зависимости от специализации врача приведены в таблице 2.2.3⁹⁴:

Таблица 2.2.3 - Заработная плата в частных стоматологических клиниках города Москвы

Специализация врача	Заработная плата, % от выручки	Минимальное значение, %	Максимальное значение, %
Врач-гигиенист	14	8	20
Стоматолог-терапевт, детский стоматолог, стоматолог - пародонтолог	20	14	30
Стоматолог-хирург (не имплантолог)	20	14	30
Стоматолог-ортопед	20	14	30
Стоматолог ортодонт (% от выручки за минусом стоимости конструкций)	25	18	35
Врач хирург-имплантолог	14	8	22

Самый высокий уровень заработной платы наблюдается в Московском регионе, а также в больших городах, в которых нет стоматологических факультетов. В других городах, уровень заработной платы терапевтов и ортопедов в клиниках и центрах пока редко превышают 20 процентов от выручки. Исключение составляют многочисленные в регионах, так называемые «частные кабинеты» с очень низкими ценами и нередко низким качеством оказываемых услуг.

⁹⁴ Анализ заработных плат специалистов в области стоматологии. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kaus-medicina.ru/consulting/commercial/material/26/> (дата обращения: 09.03.2015).

Все больше руководителей клиник устанавливают для опытных стоматологов специальные надбавки за стаж от 1 до 5 процентов выше по сравнению с другими врачами.

На размер заработной платы влияют исторически сложившийся в клинике процент от выручки каждого врача, личная договоренность с руководством и особенность ведения бизнеса. Так, порой в одной клинике оклад терапевтов может быть 18% от объема выполненных работ, а в другой составлять 30%. Следовательно, можно говорить об увеличивающемся разрыве между оплатой труда в бюджетной сфере и частной стоматологией.

Введение НСОТ привело к увеличению дифференциации между заработной платой руководителя учреждения и его работников. В разделе IV «Единых рекомендаций по установлению ... систем оплаты труда...»⁹⁵ (далее – Единые рекомендации) указано, формирование должностного оклада (ставки) руководителям медицинских организаций должно учитывать такие показатели как сложность труда, масштаб управления, значимость учреждения и особенности его функционирования.

Оплата труда главного врача учреждения устанавливается Департаментом здравоохранения города Москвы сроком на один календарный год в кратном отношении к среднемесячной заработной плате сотрудников, которые относятся к основному персоналу возглавляемого учреждения.

Размер должностного оклада определяется соотношением⁹⁶:

$$\text{ДО рук} = \text{ЗП ср.осн.перс.} \times \text{К кр}, \quad (1)$$

⁹⁵Единые рекомендации по системам оплаты труда работников организаций, финансируемых из федерального, региональных и местных бюджетов на 2012 год. [Электронный ресурс] // Российская Газета. 31.12.2015. – Режим доступа <https://rg.ru/2015/12/31/zarplata-dok.html/> (дата обращения: 10.01.2016).

⁹⁶Приказ Департамента здравоохранения города Москвы «Об утверждении показателей и порядка отнесения государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы к группам по оплате труда руководителей, а также групп по оплате труда руководителей государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы» от 20 июля 2015 г. № 611. [Электронный ресурс] Российское законодательство (бюджетные организации) (дата обращения: 21.06.2016).

где **ДО рук** - размер должностного оклада руководителя;

ЗП ср.осн.перс. - размер средней заработной платы основного персонала;

К кр – коэффициент кратности.

Для руководителей коэффициент кратности зависит от группы по оплате труда и устанавливается в соответствии с таблицей 2.2.4:

Таблица 2.2.4 - Коэффициент кратности для детских стоматологических поликлиник города Москвы⁹⁷

Группа по оплате труда руководителей	Коэффициент кратности к заработной плате работников учреждения, относящихся к основному персоналу
IV	5,0
V	4,0

Руководителям учреждений устанавливаются выплаты компенсационного и стимулирующего характера. В первом случае выплаты учитывают в соответствии с трудовым законодательством и другими нормативными актами РФ условия труда, во втором – они направлены на обеспечение выполнения целевых показателей эффективности работы, определяемых органом государственной власти или органом местного самоуправления, в ведении которого находится учреждение⁹⁸.

В целях обеспечения мероприятий, предусмотренных Указом Президента РФ от 7 мая 2012 года № 597⁹⁹ Департамент здравоохранения г. Москвы поручил руководителям государственных бюджетных учреждений здравоохранения г. Москвы лично обеспечивать и контролировать достигнутый в 2012 году уровень

⁹⁷Приказ Департамента здравоохранения города Москвы «Об утверждении показателей и порядка отнесения государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы к группам по оплате труда руководителей, а также групп по оплате труда руководителей государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы» от 20 июля 2015 г. № 611. [Электронный ресурс] Российское законодательство (бюджетные организации) (дата обращения: 21.06.2016).

⁹⁸Акимова Н.В. Изменение в расчете среднего заработка в 2014 году: практические рекомендации. [Электронный ресурс] — Электрон. дан. — ОрелГАУ, 2014. — 45 с. — Режим доступа: <http://e.lanbook.com/book/71264/>(дата обращения: 10.01.2016).

⁹⁹ Указ Президента Российской Федерации «О мероприятиях по реализации государственной политики» от 7 мая 2012 года. [Электронный ресурс] – Режим доступа <http://base.garant.ru/70170950/> (дата обращения: 10.01.2016).

средней заработной платы персонала в организациях здравоохранения и не допускать снижения уровня средней заработной платы медицинских (фармацевтических) работников; принимать меры по достижению показателей заработной платы, предусмотренных Указом Президента РФ; переработать локальную нормативную базу, регламентирующую выплаты стимулирующих надбавок сотрудникам и обеспечить их ежемесячную выплату¹⁰⁰.

Во исполнение Указа Президента учреждениям доведены целевые показатели средней заработной платы на 2012-2017 гг. (Таблица 2.2.5).

Таблица 2.2.5 - Целевые показатели средней заработной платы на 2012-2017 гг.¹⁰¹

Категории персонала	2012	2013	2014	2015	2017
	руб.	руб.	руб.	руб.	руб.
Врачи	67 660	72 399	77 467	77 467	113 497
Средний медицинский персонал	49 350	49 700	53 179	53 179	56 749
Младший медицинский персонал	26 500	27 966	29 924	29 924	50 443

С учетом вышеизложенного, Департамент здравоохранения города Москвы поручил руководителям учреждений, начиная с апреля 2013 года, определять ежемесячное начисление и выплату заработной платы сотрудникам учреждения на уровне не ниже среднего размера, сложившегося в 2012 году, используя все источники финансирования, в том числе доходы от предоставления платных услуг и иной деятельности.

В целях реализации Указа Президента бюджетным учреждениям здравоохранения была выделена дополнительная субсидия на выравнивание

¹⁰⁰ Указ Президента Российской Федерации «О мероприятиях по реализации государственной политики» от 7 мая 2012 года. [Электронный ресурс] – Режим доступа <http://base.garant.ru/70170950/> (дата обращения: 10.01.2016)..

¹⁰¹ Указания Департамента здравоохранения от 23.04.2013 г. № 60-18-565.

уровня оплаты труда. Принятые органами власти решения о повышении заработной платы начали реализовываться во втором квартале 2013 года.

В результате проведенного анализа заработной платы работников в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля СЗАО города Москвы за 2013 и 2017 годы можно сделать вывод, что исследуемым учреждениям удалось обеспечить повышение уровня заработной платы по отношению к показателям 2012 года по отдельным категориям персонала, повышение заработной плат которых предусмотрено Указом Президента (Таблица 2.2.6)¹⁰².

Из таблицы 2.2.6 можно сделать вывод, что прирост среднемесячной заработной платы по исследуемым учреждениям составил по категориям персонала за 2013 год (в процентных пунктах):

- врачи – 43 п.п.;
- средний медперсонал – 24 п.п.;
- младший медперсонал – 14 п.п.;
- всего по учреждению – 31 п.п.

За 2017 год по отношению к 2012 году рост среднемесячной заработной платы составил:

- врачи – 123 п.п.;
- средний медперсонал – 73 п.п.;
- младший медперсонал – 68 п.п.;
- всего по учреждению – 80 п.п.

¹⁰² Составлено автором на основе отчетных форм.

Таблица 2.2.6- Уровень заработной платы в учреждении здравоохранения стоматологического профиля СЗАО г. Москвы¹⁰³

Наименование учреждения	12 месяцев 2013 г.; 12 месяцев 2017 г. /к годовой 2012 г. (нарастающим итогом)							
	Категории персонала							
ГУЗ Детская стоматологическая поликлиника № 26		Всего по учреждению здравоохранения	Главный врач	Заместители руководителей (директор, замы-не врачи, гл.бухгалтер, гл.медсестра)	Врачи, в том числе заместители -врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал	Прочий персонал
	2012 год	42 828	116 342	127 422	46 490	36 241	30 623	38 991
	среднемесячная з/п расчетного периода (за 12 месяцев 2013г.)	Всего по учреждению здравоохранения	Главный врач	Заместители руководителей (директор, замы-не врачи, гл.бухгалтер, гл.медсестра)	Врачи, в том числе заместители -врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал	Прочий персонал
		56 090	92 825	142 290	66 315	44 970	34 909	61 401
	Прирост	1,31	0,80	1,12	1,43	1,24	1,14	1,57
	среднемесячная з/п расчетного периода (за 12 месяцев 2017 г.)	Всего по учреждению здравоохранения	Главный врач	Заместители руководителей (директор, замы-не врачи, гл.бухгалтер, гл.медсестра)	Врачи, в том числе заместители -врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал	Прочий персонал
	77 188	223 241	123 229	103 634	62 815	51 313	42 082	
Прирост	1,80	1,92	0,97	2,23	1,73	1,68	1,08	

¹⁰³ Составлено автором на основе отчетных форм.

Однако по результатам проверки Министерством здравоохранения региональных лечебных учреждений было выявлено, что размер денежного вознаграждения работников, имеющих одинаковые качественные характеристики по стажу работы, квалификации и занимаемой должности значительно отличаются (к примеру, у врачей в 9 раз). По нашему мнению, это связано с тем, что неизменная часть заработной платы (оклада) составляет всего 30%, а более 50% - это стимулирующие выплаты, размер которых устанавливается зачастую субъективно и зависит не от качества и результативности труда специалиста, а от личных предпочтений руководителя. Одновременно следует отметить довольно высокий уровень стандартизации оказания медицинских услуг. Следовательно, разница в заработных платах не должна быть настолько существенной.

По данным Федеральной государственной службы статистики размер среднемесячной заработной платы в РФ на 1 работника в здравоохранении в 2017 году составил: имеющих высшее образование - 56 446 руб., средний медицинский персонал (СПМ) – 30246 руб., младший медицинский персонал (ММП) – 21443 руб. Однако этот показатель сильно разнится по регионам для указанных категорий: самые высокие значения его отмечают в Москве: врачи - 175,7% от общероссийского показателя, средний медицинский персонал - свыше 200% от аналогичного показателя по России, младший медицинский персонал - 191,4%. Наиболее низкое значение указанных показателей наблюдаются в ряде республик Северо-Кавказского федерального округа (РСО-Алания, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика)¹⁰⁴. Таким образом, необходимо отметить, что изменение средней заработной платы за последние годы происходило крайне неравномерно.

Анализ средней заработной платы по категориям персонала, приведённый в таблице 2.2.7. позволяет говорить об определенных тенденциях в изменении

¹⁰⁴ Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2017 год. Режим доступа: www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor_4-17.html (дата обращения 28.08.2018)

размера средней заработной платы у различных категорий медицинского персонала.

Таблица 2.2.7 - Динамика сравнительных данных по размерам средней заработной платы по соответствующим категориям работников здравоохранения в целом по РФ за 2013-2017 годы¹⁰⁵

Наименование показателя	2013		2014		2015		2016		2017	
	руб	% к предыдущему году	руб	% к предыдущему году	Руб.	% к предыдущему году	тыс.	% к предыдущему году	руб	% к предыдущему году
Врачи	42 253	-	46 231	109,4	47 874	103,5	50 667	105,8	56 445	111,4
СМП	24102	-	26310	109,1	27001	102,6	27671	102,4	30246	109,3
ММП	14313	-	16130	112,6	16820	104,2	17669	105,0	21443	121,3

Так, следует отметить постоянный рост данного показателя у врачей, наименьшее значение которого приходится на 2015 год. Возможно, это связано с экономическим кризисом 2014 года. Следует отметить, что рост заработной платы среднего медицинского персонала имел свои особенности: после увеличения в 2014 году, он замедлился и в 2015 и 2016 году оставался примерно на одном уровне, а затем опять стал увеличиваться. Однако его величина как отставала, так и продолжает значительно отставать от общероссийского значения. Имеются существенные различия и в региональном разрезе. Сложившаяся ситуация приводит к снижению обеспеченности средним медицинским персоналом всех лечебных учреждений, снижению популярности этих профессий у молодежи.

¹⁰⁵Федеральная государственная служба статистики. Официальный сайт. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 29.08.2018).

Еще более сложная ситуация складывается в отношении младшего медицинского персонала. Несмотря на постоянный рост средней заработной платы этой категории работников здравоохранения, он еще значительно отстает от общероссийских показателей по экономике России в целом по всем анализируемым годам и незначительно превышает МРОТ. При этом данный вид деятельности является непривлекательным, но требующим определенных знаний и навыков. В результате большинство медицинских учреждений испытывают острый дефицит этих кадров.

По данным Федеральной службы государственной статистики за 2017 год (Таблица 2.2.8) отмечается высокая дифференциация по оплате труда работников по всем регионам. Так, максимальные значения приходятся на Центральный, Северо-Западный и Дальневосточный федеральные округа. Минимальные – на Северо-Кавказский и Южный федеральные округа. В результате происходит отток медицинских кадров из регионов с более низкой заработной платой в те, где имеется возможность больше заработать.

Стоит отметить, что одни из самых высоких показателей по заработной плате (врачи – 70 694 руб., средний медицинский персонал – 40 123 руб., младший медицинский персонал – 28 408 руб.) отмечаются в Дальневосточном федеральном округе, что во многом определяется применением районных коэффициентов и надбавок к зарплате, обусловленных особенностями климатических условий. Разрыв в заработной плате между Дальневосточным и Северо-Кавказским федеральным округом по врачам составил два раза, по среднему медицинскому персоналу - 1,9 раза, по младшему медперсоналу - 1,8 раза.

В целом по Российской Федерации в 2017 году не достигнуто целевое значение по величине средней заработной платы медицинских работников: по врачам фактические показатели составили – 163,3 % от величины СЗП в РФ (плановые – 180 %); по среднему медицинскому персоналу фактические – 87,5 %, плановые (90 %); по младшему медицинскому персоналу – 61,9 % (плановые – 80 %).

Таблица 2.2.8 - Отношение средней заработной платы медицинских работников к среднемесячному доходу от трудовой деятельности за 2017 год, %¹⁰⁶

	Врачи		Средний медицинский персонал (СМП)		Младший медицинский персонал (ММП)	
	СЗП (руб.)	Отношение средней заработной платы врачей к среднемесячному доходу от трудовой деятельности %	СЗП (руб.)	Отношение средней заработной платы СМП к среднемесячному доходу от трудовой деятельности %	СЗП (руб.)	Отношение средней заработной платы ММП к среднемесячному доходу от трудовой деятельности %
Российская Федерация	56 445	163,3	30 246	87,5	21 413	61,9
Центральный федеральный округ	68 326	158,3	36 913	85,5	25 082	58,1
Северо-Западный федеральный округ	70 705	180,0	37 884	96,4	27 306	69,5
Южный федеральный округ	41 067	166,8	23 333	94,7	17 157	69,7
Северо-Кавказский федеральный округ	35 833	174,1	20 437	99,3	15 127	73,5
Приволжский федеральный округ	42 741	164,9	23 125	84,2	17 007	65,6
Уральский федеральный округ	65 908	166,9	34 774	88,1	24 826	62,9
Сибирский федеральный округ	49 624	167,4	26 215	88,4	18 522	62,5
Дальневосточный федеральный округ	70 694	165,0	40 123	93,7	28 408	66,3

¹⁰⁶ Федеральная государственная служба статистики. Официальный сайт. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 29.08.2018).

Фактическое отношение заработной платы достигло планового показателя (180 %) по врачам только в Северо-Западном федеральном округе, по среднему медицинскому персоналу также лидирует Северо-Западный федеральный округ, Южный и Дальневосточный федеральные округа достигли показателя 90 % и более. Целевого показателя 80 % от «средней заработной платы» по младшему медицинскому персоналу не удалось достигнуть ни в одном федеральном округе.

Можно сделать вывод о том, что не всем учреждениям удалось реализовать Указы Президента в сфере заработной платы в здравоохранении. В большинстве случаев проблемы связаны, по нашему мнению, с переходом бюджетных учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование. При этом увеличение размера денежного вознаграждения врачей в ряде организаций происходит за счет роста нагрузки (более высокой продолжительности рабочего дня, уровня совместительства). Все это может привести к снижению качества оказываемых медицинских услуг.

Повышение уровня оплаты труда должно быть связано с качеством работы конкретных специалистов и качеством предоставляемых государственных и муниципальных услуг. В связи с этим предложен переход на «эффективный контракт», что предполагает прямую зависимость заработной платы каждого работника от его профессиональных навыков, умения применять их на практике и, в конечном итоге, эффективности его работы.

2.3 Анализ существующей практики оценки результатов труда в учреждении здравоохранения стоматологического профиля при введении новой системы оплаты труда

«Выплаты стимулирующего характера в учреждениях по видам экономической деятельности устанавливаются в соответствии с перечнями видов выплат стимулирующего характера, определенными приказом Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2007 г. № 818:

- выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;
- выплаты за качество выполняемых работ;
- выплаты за стаж непрерывной работы;
- премиальные выплаты по итогам работы»¹⁰⁷.

Администрация медицинских организаций также имеет возможность устанавливать иные виды стимулирующих выплат в дополнение к указанным выше. Эти выплаты могут выплачиваться за «внедрение новых проектов, инновационных форм и методов работы, наличие экспериментальных программ, выполнение основных финансово-экономических нормативов (с количественными показателями)»¹⁰⁸. Таким образом, устанавливается зависимость заработка работника с результатами труда.

Заработная плата руководителей также ставится в прямую зависимость от показателей деятельности медицинского учреждения, т.к. получаемые ими стимулирующие выплаты формируются «... на основе полученных результатов выполнения утвержденных главными распорядителями бюджетных средств целевых показателей эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении органов исполнительной власти. Целевые показатели и критерии эффективности деятельности разрабатываются для всех работников учреждений, включая руководителя»¹⁰⁹.

Механизм формирования стимулирующих выплат дает возможность установить взаимосвязь заработной платы с качеством и результатами труда. Это относится и к топ-менеджменту организаций, в связи с тем, что переменная часть их заработка также напрямую связана с решением поставленных задач и достижения целей, что должно обеспечивать их мотивацию в росте эффективности деятельности руководимых ими учреждений.

¹⁰⁷ Критерии эффективности работы бюджетников требуют уточнения [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://bujet.ru/article/161049.php/> (дата обращения: 09.03.2015).

¹⁰⁸ Там же.

¹⁰⁹ Там же.

Показатели премирования должны соответствовать следующим требованиям¹¹⁰ (Рисунок 2.3.1):

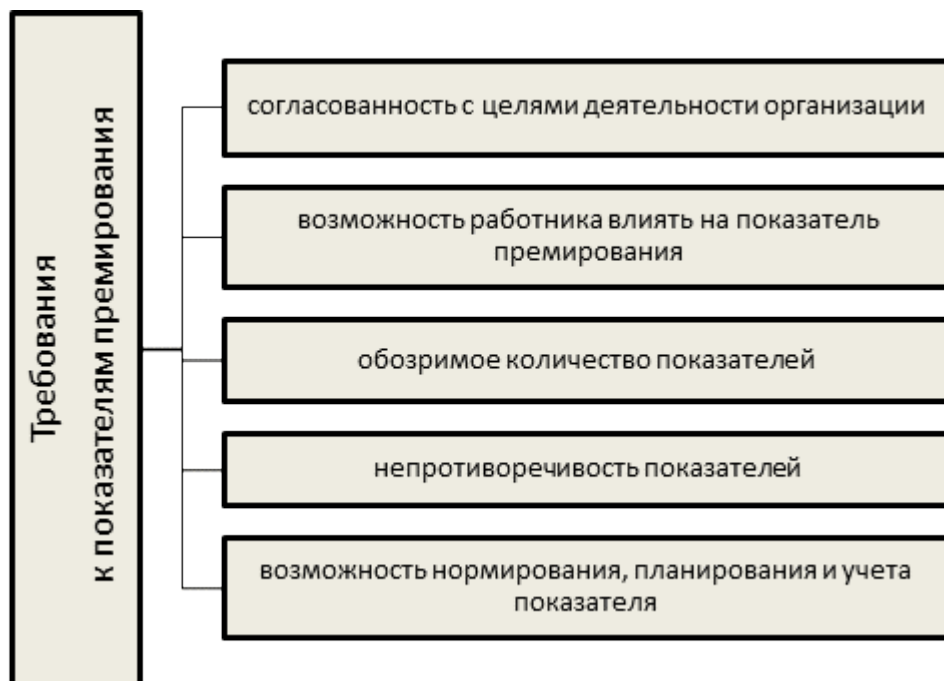


Рисунок 2.3.1 – Требования, предъявляемые к показателям премирования

Для оценки критериев и показателей эффективности деятельности, достигнутых и учреждением здравоохранения в целом, и отдельным работником, применяется балльный коэффициент, присвоенный каждому показателю. Количество баллов определяется пропорционально выплаченным денежным средствам в предшествующем периоде.

Подход к системе оценки эффективности работы учреждения и его руководителя основывается на критериях оценки эффективности и показателях деятельности по трем разделам:

¹¹⁰Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в этих учреждениях» от 29.12.2007 N 818 (ред. от 17.09.2010) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-29122007-n-818/> (дата обращения: 26 05.2015).

- основная деятельность;
- финансово-экономическая деятельность и исполнительская дисциплина;
- работа с кадрами.

В целях совершенствования организации оплаты труда руководителей учреждений предусмотрено создание прозрачного механизма регулирования заработной платы. Если в Постановлении Правительства РФ № 583 от 5 августа 2008 года было предусмотрено соотношение оклада руководителя и средней заработной платы основного персонала учреждения до 5 раз, то Распоряжением Правительства РФ № 2190-р от 26.11.2012 г. установлено соотношение не окладов, а средних заработных плат руководителя и всех работников, увеличенное до 8 раз. Для того, чтобы мотивировать руководителя бюджетного учреждения здравоохранения повышать заработную плату своих сотрудников, Распоряжением Правительства РФ № 2190-р от 26.11.2012 г. предусматривается использование такого критерия оценки руководителя как соотношение средней заработной платы работников, возглавляемого им учреждения, и средней заработной платы в соответствующем регионе¹¹¹.

Проведем анализ существующей практики начисления выплат стимулирующего характера в учреждениях здравоохранения в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 29 июля 2015 года № 632¹¹².

Оценка производится по трем показателям:

- эффективность (доля немедицинских расходов, динамика роста (снижения) средней заработной платы по категориям персонала);

¹¹¹ Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 N 2190-р (ред. от 14.09.2015) «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.08.2016).

¹¹² Приказ Департамента здравоохранения города Москвы «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы» от 29 июля 2015 года № 632 (ред. от 01.08.2016). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.09.2016).

- доступность (средняя доля записи пациентов, попавших в «красную зону» по доступности к специалистам 1-го уровня, включая нереализованный спрос);

- качество лечения (количество обоснованных жалоб на работу медицинской организации, выполнение критериев экспертной оценки качества медицинской помощи, выполнение объемов медицинской помощи по обращениям по заболеваниям и посещениям с профилактической целью).

По значимости перечисленных критериев на первом месте стоит «качество лечения» с удельным весом 40 баллов. На втором месте «эффективность» с удельным весом 35 баллов, за деятельность учреждения, направленную на «доступность медицинской помощи» предусмотрено 25 баллов.

Предложения по установлению выплат стимулирующего характера руководителю учреждения по результатам деятельности за отчетный квартал, а также мониторинг показателей деятельности медицинской организации и эффективности деятельности руководителей ежеквартально направляются в Департамент здравоохранения города Москвы.

В зависимости от суммы начисленных баллов за результаты деятельности учреждения ежеквартально нарастающим итогом определяется размер премии в процентах от годового премиального фонда.

Методика расчета целевых показателей для детских и взрослых стоматологических поликлиник представлена в таблице 2.3.1.

Таблица 2.3.1 - Методика расчета целевых показателей для детских и взрослых стоматологических поликлиник¹¹³

Наименование показателя	Методика расчета коэффициента эффективности	Вес коэффициента
Выработка по ОМС на основной медперсонал (врачи и средний мед. персонал)	Целевой уровень показателя выбирается как минимальный из 5 лучших по показателю поликлиник (например, $V_{омсЦель} = 1200$) За каждый процент отклонения вниз от целевого показателя - коэффициент снижается на 0,03. (напр., при $V_{омс} = 900$, $K2 = 1 - (1 - 900/1200) \cdot 3 = 0,25$)	13%
Доля немедицинских расходов	Целевой уровень показателя выбирается как максимальный из 5 лучших по показателю поликлиник (например, $W_{нрЦель} = 10\%$) За каждый процент превышения целевого показателя - коэффициент снижается на 0,05. (напр., при $W_{нр} = 15\%$, $K2 = 1 - (15\% - 10\%) \cdot 5 = 0,75$)	12%
Динамика роста (снижения) средней заработной платы по указанным категориям	Целевые уровни на 2 квартал 2016 г. и последующие кварталы определяются индивидуально. За каждый недостающий 1% изменений снижение коэффициента на 0,1.	10% (5,5% врачи, 3,5% средний мед. персонал, 1% младший мед. персонал)

¹¹³Приказ Департамента здравоохранения города Москвы «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы» от 29 июля 2015 года № 632 (ред. от 01.08.2016). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.09.2016).

Продолжение таблицы 2.3.1

<p>Средняя доля записи пациентов, попавших в "красную зону" по доступности к специалистам 1-го уровня, включая нереализованный спрос</p>	<p>Целевой уровень показателя выбирается как максимальный из 5 лучших по показателю поликлиник (например, $W_{кзнсЦель} = 0\%$) За каждый процент превышения целевого показателя - коэффициент уменьшается на 0,05, (напр., при $W_{кзнс} = 5\%$, $K2 = 1 - (5\% - 0\%) / 5 = 0,75$)</p>	<p>25%</p>
<p>Количество обоснованных жалоб на работу медицинской организации</p>	<p>Целевой уровень показателя уточняется ДЗМ ежеквартально, базовый целевой уровень - 0. За каждую избыточную обоснованную жалобу (шт. на 10 тыс. приемов) коэффициент снижается на 0,1.</p>	<p>15% для стоматологических поликлиник (СП) 20% для детских стоматологических поликлиник (ДСП)</p>
<p>Выполнение критериев экспертной оценки качества медицинской помощи при проведении льготного зубопротезирования</p>	<p>Целевой уровень - не более 5%. За каждый процент отклонения вверх от целевого показателя коэффициент снижается на 0,1</p>	<p>10% для СП 0% для ДСП</p>
<p>Выполнение объемов медицинской помощи по обращениям по поводу заболеваний и посещениям с профилактической целью</p>	<p>I квартал - не менее 20% 1 полугодие - не менее 50% 9 месяцев - не менее 70% Год - 100% За каждый недостаточный 1% выполнения коэффициент снижается на 0,1.</p>	<p>15% для СП 20% для ДСП</p>
	<p>Робр, Рпроф - общее количество обращений по поводу заболевания и профилактических обращений, утвержденных на год</p>	

Обязательным условием премирования руководителя является выполнение целевых показателей эффективности деятельности учреждения и его личный вклад в осуществление основных задач и функций организации, определенных ее уставом, а также исполнение обязанностей, предусмотренных трудовым договором.

Утвержденные Приказом Минздрава России от 28.06.2013 года № 421 Методические рекомендации¹¹⁴ (далее Приказ Минздрава № 421) направлены на установление действенного механизма зависимости уровня среднемесячной заработной платы медицинских работников от качества и объема предоставляемой ими медицинской помощи в рамках перехода на «эффективный контракт».

Приказом Минздрава № 421 рекомендуется механизм распределения стимулирующих выплат на основе метода балльной оценки. Максимальное общее число «баллов, которое может быть получено сотрудниками учреждения, определяется путем умножения суммы произведений количества физических лиц (по врачам, среднему, младшему медицинскому персоналу) и повышающих коэффициентов в пропорции 3/2/1 на максимальное количество баллов (10 баллов)»¹¹⁵.

Рассмотрим существующую практику расчета стимулирующих выплат на основе балльного метода, применяемую в одном из стоматологических учреждений здравоохранения города Москвы.

¹¹⁴Приказ Минздрава России «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» от 28.06.2013 г. № 421. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499032957> (дата обращения: 09.03.2015).

¹¹⁵Приказ Департамента здравоохранения города Москвы «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы» от 29 июля 2015 года № 632 (ред. от 01.08.2016). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.09.2016).

Показатели эффективности деятельности работников с критериями на основе балльной оценки приведены в таблицах 2.3.2. - 2.3.3.

Таблица 2.3.2 - Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача-стоматолога детского

Показатели	Критерии	Оценка (баллы)	Периодичность
Выполнение плановых показателей работы отделения (план по посещениям и УЕТам)	100% от 95% до 100% от 90 % до 95 %	+3 +1 0	Ежемесячно
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	Нет замечаний 1 замечание и более (докладные записки от руководителей структурных подразделений)	+1 0	Ежемесячно
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	Отсутствие 1 и более	+3 0	Ежемесячно
Отсутствие нарушений при организации приема пациентов	Отсутствие 1 и более	+3 0	Ежемесячно
Своевременная сдача статистических отчетов, исправление допущенных недостатков	Наличие Отсутствие	+1 0	Ежемесячно
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов	Отсутствие 1 и более	+1 0	Ежемесячно
Замечания по результатам внутреннего контроля и экспертиз СМО	Отсутствие 1 и более	+2 -2	ежеквартально
Количество санаций полости рта в смену (3,5 санации)	Наличие отсутствие	+3 0	Ежемесячно
Количество пломб, поставленных в смену (10 пломб)	Наличие отсутствие	+3 0	Ежемесячно

Таблица 2.3.3 - Показатели и критерии оценки эффективности деятельности зубного техника

Показатель	Критерии	Оценка (баллы)	Периодичность
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Соблюдение 1 и более случаев нарушений.	+1 0	ежемесячно
Изготовление ортодонтических аппаратов в установленные сроки и надлежащего качества	Наличие отсутствие	+1 0	ежемесячно
Количество изготовленных пластинок в смену (2 пластинки)	Наличие отсутствие	+1 0	ежемесячно
Отсутствие возврата работ и обоснованных нареканий со стороны врачей-ортодонт	Отсутствие 1 и более	+2 0	ежемесячно
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	Отсутствие 1 и более	+1 0	ежемесячно
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	Нет замечаний 1 замечание и более (докладные записки от руководителей структурных подразделений)	+1 0	ежемесячно

Необходимо отметить, что стимулирующие выплаты не выплачиваются в следующих случаях¹¹⁶:

- при наличии дисциплинарного взыскания в отчетном периоде;
- при выявлении случаев получения денег от пациентов за медицинскую помощь, которая была предоставлена бесплатно в рамках программы государственных гарантий;
- немотивированного отказа в предоставлении неотложной стоматологической помощи;

¹¹⁶Приказ Минздрава России № 421 от 28 июня 2013 г. «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/5403-prikaz-minzdrava-rossii-421-ot-28-iyunya-2013-g> (дата обращения: 11.05.2015).

- несоблюдения требований охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, правил внутреннего трудового распорядка.

Оценка проводится на основании первичной медицинской документации, протоколов вневедомственной оценки уровня качества лечения, сроков исполнения протокольных поручений. Работу специалиста оценивает заведующий отделением (в случае его отсутствия – лицо, его замещающее) либо иное должностное лицо, в непосредственном подчинении которого находится работник.

Руководители структурных подразделений оформляют листы показателей значений на каждого сотрудника и представляют на рассмотрение комиссии, созданной в учреждении для оценки итогов работы специалистов по заданным критериям, на основании чего принимается решение об установлении выплат стимулирующего характера. Положение о предоставлении выплат стимулирующего характера отражается в трудовом договоре, заключаемом между руководителем учреждения и учредителем, путем заключения дополнительного соглашения к трудовому договору. Указанное требование вытекает из положений ст. 57 ТК РФ, в соответствии с которой, трудовой договор в обязательном порядке предусматривает условия оплаты труда (в т. ч. размер должностного оклада) работника, надбавки) и стимулирующие выплаты.

Основная задача определения выплат стимулирующего характера – в мотивации персонала к более качественному и результативному выполнению поставленных перед ним задач, что в первую очередь зависит от наличия у работника определенного уровня профессиональных и личностных компетенций.

Рассмотрим количественные показатели на примере ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26 ДЗМ»:

для врачебного персонала:

- Количество санаций полости рта в смену (3,5 санации);
- Количество пломб, поставленных в смену (10 пломб).

Сравним формирование ФОТ из средств ОМС врачей-стоматологов детских высшей категории, имеющих 1-ую ставку в ГБУЗ «Детская стоматологическая

поликлиника № 26 ДЗМ», отработавших равное количество дней (22 дня) (Таблица 2.3.4).

Таблица 2.3.4 - ФОТ «Детская стоматологическая поликлиника № 26 ДЗМ»(2014 год)¹¹⁷

Показатели	Должности		
	Врач-стоматолог детский № 1	Врач-стоматолог детский № 2	
Кол-во пациентов	351	277	
УЕТ	3073,10	2891,05	
Стоимость услуг	301207,58	283165,72	
Количество услуг	3001	2811	
Кол-во услуг на 1 пациента	8,5	10,1	
Средняя стоимость услуг на пациента	858,14	1022,26	
Фонд оплаты труда (ОМС)	Оклад	25668,0	25668,0
	Выслуга	7700,40	7700,40
	Вредность	3850,20	3850,20
	Премия*	25000,00	20000,00

* ежемесячная премия по результатам работы за апрель 2014г.

Врачом стоматологом детским № 1 принято пациентов на 26,7% больше, количество услуг больше на 6,8%, УЕТ и стоимость услуг больше на 6,3%. По итогам работы за апрель премия у врача-стоматолога детского № 1 больше на 25% (приказ главного врача от 23.04.2014г. №4-П, протокол заседания премиальной комиссии от 20.04.2014г. №11).

для среднего медицинского персонала (например, для зубного техника):

- Количество изготовленных пластинок в смену (2 пластинки).

К качественным показателям можно отнести:

для врачебного персонала:

- отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины;

¹¹⁷Составлено автором на основе анализа.

- отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима;
- отсутствие нарушений при организации приема пациентов.

для среднего медицинского персонала:

- изготовление ортодонтических аппаратов в установленные сроки и надлежащего качества;
- отсутствие возврата работ и обоснованных нареканий со стороны врачей-ортодонтов.

Контроль качества выполнения обязанностей осуществляется вышестоящими должностными лицами согласно служебной иерархии¹¹⁸. Рассмотрим на примере детской стоматологической поликлиники города Москвы (Таблица 2.3.5).

Десять верхних цифр в представленной таблице соответствуют названиям должностей, перечисленных в таблице по вертикали. К примеру, цифра 5 в верхней строке - это главная медицинская сестра. Исходя из таблицы, она может осуществлять контроль работы по должностям 1-4, врач (6) – 1-5 и т.д.

Представители страховых компаний и фонда обязательного медицинского страхования – цифра 10, периодически проводят экспертизу качества медицинской помощи (ЭКМП), медико-экономические экспертизы (МЭЭ) и медицинские экспертизы качества (МЭК)¹¹⁹.

¹¹⁸Дифференцированная оплата труда в здравоохранении. Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Заиграев А.Л., Пушкарев О.В., Парамонова Л.В., Гендлин А.Ю. – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск – 2011.

¹¹⁹Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. [Электронный ресурс] http://www.zdrav74.ru/files/zdrav74/zakon/mietodichieskiie_riekomiendatsii.pdf – Режим доступа: (дата обращения: 18.02.2015).

Таблица 2.3.5 - Полномочия должностных лиц по осуществлению контроля за качеством работы персонала в детской стоматологической поликлинике¹²⁰

№№	Контролируемые должностные лица	Контролирующие должностные лица									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Санитарка	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	Сестра-хозяйка	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+
3	Медицинская сестра	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+
4	Старшая медицинская сестра	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+
5	Главная медицинская сестра	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
6	Врач	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+
7	Заведующая отделением	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+
8	Заместитель главного врача по медицинской части	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
9	Главный врач	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
10	МГФОМС, представители страховых компаний										

Однако автор выделяет следующие проблемы при формировании системы стимулирования сотрудников ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26 ДЗМ», которые характерны и для других учреждений аналогичного профиля:

- определение критериев эффективности деятельности работников учреждения связано с недостаточностью разработки показателей, позволяющих оценить качество проделанной работы и результаты деятельности бюджетных учреждений. К ним относятся: результаты выполнения должностных обязанностей, профессиональная активность, соблюдение трудовой дисциплины;
- постановка абстрактных целей, что может привести к невозможности конкретизировать и измерить возможные результаты;
- возможные риски снижения финансирования;

¹²⁰Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. [Электронный ресурс] http://www.zdrav74.ru/files/zdrav74/zakon/mietodichieskiie_riekomiendatsii.pdf – Режим доступа: (дата обращения: 18.02.2015).

- необходимость внесения изменений в коллективный договор с учетом показателей эффективности;
- сложность распределения стимулирующего фонда оплаты труда, обусловленная необходимостью ежемесячной оценки деятельности бюджетных организаций, что не всегда представляется возможным, так как некоторые результаты деятельности можно оценить только в долгосрочном периоде;
- отсутствие или недостаточность обратной связи между работниками учреждения и руководителем.

Следует отметить, что до внедрения НСОТ в ряде медицинских организаций уже применялись стимулирующие надбавки «за напряженность в труде и высокие достижения в работе», а также «за увеличение объема выполняемых работ». В современных условиях они утратили свое первоначальное назначение, а их использование было логичным в условиях действовавшей ранее тарифной системы.

С переходом на НСОТ применение материального стимулирования стало обязательным для всех медицинских учреждений. Кроме того стало возможным увеличить удельный вес стимулирующих выплат в структуре заработной платы работников. Для этого потребовалось проделать огромную работу по созданию и внедрению нового механизма формирования стимулирующих выплат и разработать критерии их начисления для всех категорий медицинских работников.

В настоящее время возникает необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых методов оценки. Новые методы должны быть простыми, экономичными, информативными, иметь профилактическую направленность.

Выводы по второй главе. Автором проведен анализ фонда оплаты труда учреждения здравоохранения стоматологического профиля до и после введения новой системы оплаты труда. В результате данного анализа сделан вывод о том, что среднемесячная заработная плата по категориям персонала выросла по отношению к предыдущему году (до введения НСОТ), но затем наметилось

снижение. Эта тенденция характерна для большинства учреждений бюджетного здравоохранения. При этом рост обусловлен не увеличением бюджетного финансирования, а переходом на путь самофинансирования, развитием платных медицинских услуг (Приложение А), доля дохода от которых в ФОТ возрастает. Проведенные автором исследования на базе ряда стоматологических ЛПУ города Москвы позволили выявить проблемы формирования и распределения фонда оплаты и выявить ряд «узких мест».

Анализ фонда оплаты труда в разрезе источников финансирования 2012-2014 гг. свидетельствует о минимизации стабильного источника финансирования (субсидии бюджета), что подтверждает идею о том, что необходимо увеличить должностной оклад по минимальной профессионально-квалификационной группе до РМЗП по региону, чтобы гарантировать работнику заработную плату не ниже МРОТ. Это связано и с тем, что другие источники формирования ФОТ все время меняются в зависимости от спроса населения и других факторов и могут выступать только как дополнительный источник средств на выплаты стимулирующего характера медицинского персонала.

Проведенный автором анализ данных по внедрению новой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля показал, что в условиях недостатка финансирования и сложной экономической ситуации, были не учтены следующие моменты. Так, базовый оклад медицинских работников не был ориентирован на размер минимальной заработной платы (РМЗП). В результате, у сотрудников, входящих в профессионально-квалификационные группы «Медицинский и фармацевтический персонал первого уровня» и «Средний медицинский и фармацевтический персонал», месячный заработок нередко становился ниже прожиточного минимума в регионе, а переменная часть заработка, включающая стимулирующие выплаты не гарантируется. Недостатки в нормировании труда дают возможность руководству стоматологических поликлиник поднять заработки врачам не за счет повышения базовых окладов, а за счет интенсификации труда. Определение критериев эффективности работников

стоматологических ЛПУ нередко связано с отсутствием показателей, позволяющих оценить качество и результаты труда работников и организации в целом; цели формулируются абстрактно, что делает их недостижимыми; бюрократизация деятельности всех категорий медицинских работников, ориентированная на цели бюджетной оптимизации по финансовым показателям деятельности ЛПУ, противопоставляя их задачам оказания медицинской помощи; необходимость внесения изменений в коллективные договора с учетом показателей эффективности.

Направления совершенствования новой системы оплаты труда при переходе на «эффективный контракт» будут рассмотрены в третьей главе.

ГЛАВА 3 КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

3.1 Методические рекомендации по разработке и внедрению «эффективного контракта»

Внедрение и функционирование эффективного контракта в бюджетных учреждениях здравоохранения требует постоянной работы по разработке и пересмотру показателей деятельности работников. Это связано с тем, сотрудники и медицинские организации в своей практической деятельности не могут учесть все возможные варианты своего функционирования, поэтому все контракты, как мы уже указывали в третьем параграфе первой главы, в большинстве случаев являются несовершенными и неполными.

При этом в связи с развитием рыночных отношений в бюджетном здравоохранении возникает проблема «асимметричности информации» между участниками внутреннего рынка труда. Работодатель не всегда информирован о поведении работников и не может осуществлять контроль за результатами его деятельности. Это нередко приводит к ситуации, когда возникает возможность неэффективного труда сотрудников и использованию ресурсов в своих целях. Следовательно, с точки зрения работодателя, в случае бюджетных организаций – государства, необходимо создание таких механизмов, которые обеспечивали необходимое экономическое поведение работников. Это можно достичь за счет увязки целей работника и организации.

Таким образом, новая система оплаты труда должна быть увязана с количественными и качественными показателями деятельности, как отдельного подразделения, так и организации в целом. Это очень важно в связи с тем, что происходит «... трансформация контрактных отношений от индивидуальных к

коллективным»¹²¹. При этом перед медицинскими учреждениями в бюджетной сфере ставятся разные задачи в определенные периоды времени.

Определенное влияние на формирование основных показателей их деятельности оказывают страховые организации, корректируя показатели и определяя условия и критерии деятельности. Необходимо при их разработке учитывать воздействие специфических отраслевых и региональных факторов: целевые группы пациентов и месторасположение ЛПУ.

Для оценки эффективности работы медицинских учреждений здравоохранения стоматологического профиля автором предложены шаблонные показатели, сквозные для оценки учреждения (Таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1 - Набор шаблонных показателей оценки качества оказания медицинской помощи в стоматологических ЛПУ¹²²

Наименование показателей	Источник информации	Единицы измерения	Снижение эффективности	Ответственный исполнитель
2	3	4	5	6
Выполнение плана (посещения с профилактической целью, обращения по заболеванию)	Статистическая карта (форма N 066/у) данные статистики	Количество пролеченных пациентов	Определяется по решению комиссии	Заведующий отделением
Обоснованность назначений, качество ведения медицинской документации	Экспертиза историй болезни	Количество выявленных случаев нарушений	Определяется по решению комиссии	Заведующий отделением, зам. гл. врача по медицинской части
Обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и (или) их родственников	Журнал учета обращений граждан, результаты расследований	Количество жалоб	Определяется по решению комиссии	Заведующий отделением

¹²¹ Колосова Р.П., Василюк Т.Н., Артамонова М.В., Луданик М.В. Экономика персонала: Учебник. -М.: ИНФРА-М, 2010.- С.50

¹²²Афонасенко, Е. В / Формирование политики вознаграждения как способ привлечения молодых специалистов в учреждения здравоохранения/ Е.В. Афонасенко //VIII Фестиваль науки в городе Москве: сборник статей по материалам конференции; под ред. В. П. Колосова, Р. П. Колосовой, Л. А. Тутова. – М.: Издательство «МАКС Пресс», 2013. – С. 28.

Продолжение таблицы 3.1.1

Выполнение должностных обязанностей, трудовой дисциплины, требований противопожарной безопасности, Сан ПиНов и иных обязательных норм, правил, требований	Результаты проверок	Степень нарушений	Определяется по решению комиссии	Заведующий отделением, зам.гл. врача по медицинской части, административ. персонал учреждения
Замечания от руководства учреждения (зав. отделением, заместители главного врача, главный врач) и контролирующих вышестоящих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Определяется по решению комиссии	Заведующий отделением
Штрафные санкции за пролеченных больных со стороны медицинских страховых организаций, ФФОМС, МГФОМС	Акты экспертиз (МЭЭ, МЭК, ЭКМП)	Число случаев оказания медицинской помощи с выявленными и дефектами, повлекшими удержание финансовых средств	Определяется по решению комиссии	Заместитель главного врача по медицинской части, Заведующий отделением

В Распоряжении Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 г. № 2599-р¹²³ сформулирована глобальная задача, которая состоит в повышении привлекательности бюджетных медицинских учреждений для

¹²³ План мероприятий ("дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения", утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012г. № 2599-р, [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://e.120-bal.ru/doc/44986/index.html> /(дата обращения: 15.03.2016).

квалифицированных специалистов за счет повышения заработной платы, что позволит повысить приток новых сотрудников и снизить отток уже работающих в систему частного здравоохранения. Она предполагает осуществление определенных изменений на всех уровнях управления в порядок предоставления медицинской помощи и внедрение показателей эффективности деятельности работников. В этом Распоряжении дано также определение «дорожной карты»¹²⁴.

С учетом вышесказанного нами предлагается следующий порядок внедрения эффективного контракта в бюджетных учреждениях (Рисунок 3.1.1).

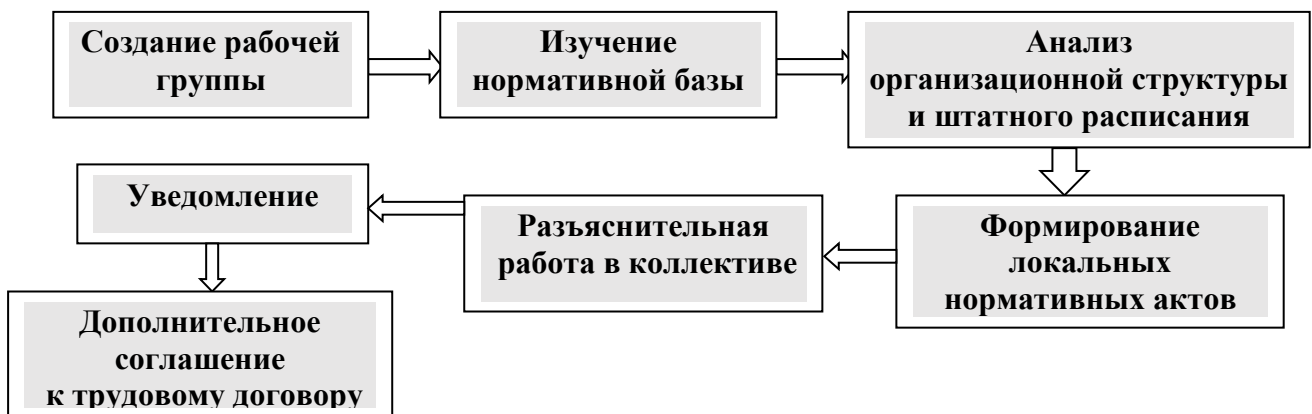


Рисунок 3.1.1 - Примерный состав предлагаемых организационных мероприятий по введению эффективного контракта для государственного бюджетного учреждения здравоохранения¹²⁵

В целях установления действенных механизмов оценки деятельности медицинских работников бюджетных учреждений стоматологического профиля и соответствия уровня оплаты труда его качеству, нами разработан план

¹²⁴Дорожная карта - выполнение целевых показателей структурных преобразований системы оказания медицинской помощи, основных показателей здоровья населения и уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики.

¹²⁵Составлено автором

мероприятий («дорожная карта») для стоматологических поликлиник (Таблица 3.1.2).

Таблица 3.1.2 - План мероприятий («дорожная карта») для бюджетных учреждений здравоохранения стоматологического профиля, направленных на совершенствование системы оплаты труда и способствующий внедрению «эффективного контракта»¹²⁶

Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
Участие в реализации государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" и рекомендаций Департамента здравоохранения города Москвы	до 2018 года	Руководитель медицинского учреждения и его заместитель	Оптимизация структуры оказания медицинской помощи и возможность привлечения дополнительных средств на повышение заработной платы отдельных категорий работников
Анализ соответствия расходов на оплату труда медицинских работников в общей структуре расходов в соответствии с планом финансово-хозяйственной деятельности учреждения, утвержденного на год Департаментом здравоохранения города Москвы	ежегодно	Заместитель руководителя медицинского учреждения по экономическим вопросам	Выполнение плана финансово-хозяйственной деятельности учреждения в части соответствия расходов на оплату труда медицинских работников в общей структуре расходов организации
Разработка плана мероприятий по повышению эффективности деятельности стоматологических поликлиник в части совершенствования системы оплаты труда	2015	Руководитель медицинского учреждения и его заместитель	Привлечение дополнительных средств на оплату труда медицинских работников
Внедрение профессионального стандарта «врач-стоматолог»	2016-2017	Заместители руководителя медицинского учреждения, заведующие структурными подразделениями	Аккредитацию медицинских работников и обеспечению потребности в квалифицированных работниках
Анализ соответствия штатной численности персонала «Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07.12.2011 г. № 1496н	2015	Заместители руководителя медицинского учреждения, заведующие структурными подразделениями	Приведение штатной численности в соответствие порядкам оказания медицинской помощи

¹²⁶ Составлено автором

Продолжение таблицы 3.1.2

Анализ соответствия материально-технического оснащения подразделений порядкам оказания медицинской помощи в стоматологических поликлиниках	2015	Заместители руководителя медицинского учреждения, заведующие структурными подразделениями	Обеспечение потребности в оборудовании в соответствии с порядком оказания медицинской помощи в стоматологических поликлиниках
Проведение мероприятий по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации врачей-специалистов в соответствии с квалификационными требованиями	ежегодно	Заместители руководителя медицинского учреждения, заведующие структурными подразделениями	Приведение квалификации медицинских работников в соответствии с требованиями профессиональных стандартов
Разработка показателей эффективности медицинских работников стоматологических поликлиник, а также критериев оценки коллективных результатов труда	2015	Руководитель учреждения, заместители руководителя, заведующие структурными подразделениями	Построение прозрачной системы оплаты труда на основе разработки целевых показателей количественной и качественной оценки результатов труда медицинских работников
Оптимизация расходов на административно-управленческий персонал (предельная доля расходов в фонде оплаты труда не более 40%)	ежегодно	Заместитель руководителя по экономическим вопросам, заведующие структурными подразделениями	Оптимизация численности административно-управленческого персонала за счет расширения полномочий и объединения функций, реорганизация неэффективно работающих непрофильных подразделений
Проведение обучающих семинаров для сотрудников, отвечающих за введение «эффективного контракта» в учреждении	2015	Руководитель учреждения, заведующие структурными подразделениями	Формирование практических навыков в по внедрению НСОТ
Создание «рабочей группы» по переводу работников учреждений здравоохранения стоматологического профиля на эффективный контракт	2015	Руководитель учреждения	Разработка целевых показателей и определение процедуры оценки качества труда в стоматологических поликлиниках
Аккредитация медицинских работников (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2016 г. № 334н)	с 2016 г.	Заместители руководителя, заведующие структурными подразделениями	Подтверждение соответствия квалификации и качества работы врача-стоматолога профессиональному стандарту
Мониторинг влияния внедрения эффективного контракта на качество оказываемых медицинских услуг	ежегодно	Руководитель учреждения, заместители руководителя, заведующие структурными подразделениями	Достижения целевых показателей

Для стоматологических ЛПУ, как и для других бюджетных учреждений, кроме указанных мероприятий требуется провести дополнительные: сообщить сотрудникам за два месяца о необходимости заключения с ними дополнительного соглашения к уже имеющемуся трудовому договору; разработать дополнительное соглашение и отразить в локальных регламентах показатели, условия и параметры деятельности по каждой должности. Переход на систему эффективного контракта предполагает наличие у бюджетного учреждения ряда условий (Рисунок 3.1.2)¹²⁷:

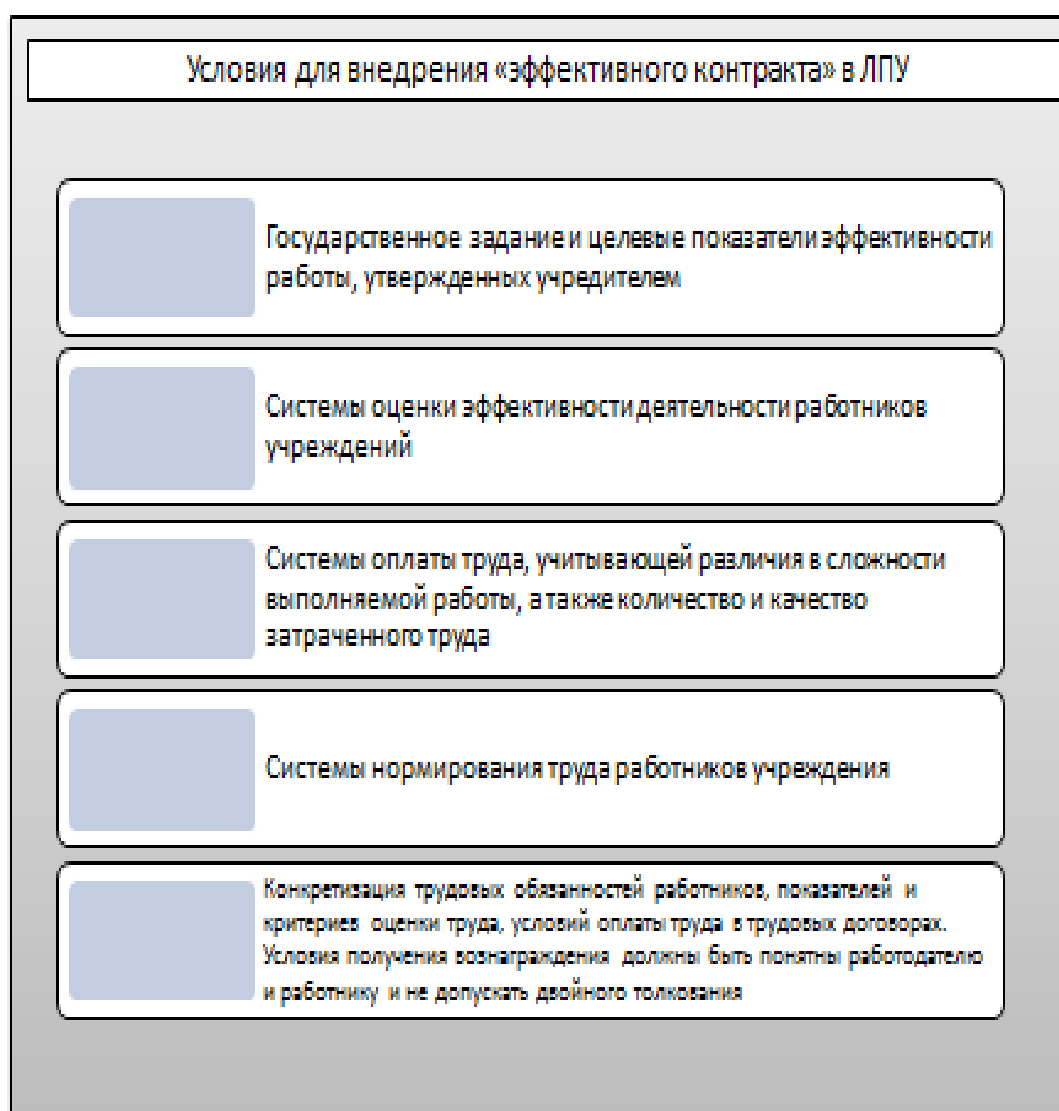


Рисунок 3.1.2 - Условия перехода ЛПУ на «эффективный контракт»

¹²⁷Дифференцированная оплата труда в здравоохранении. Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Заиграев А.Л., Пушкарев О.В., Парамонова Л.В., Гендлин А.Ю. – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск – 2011.

Заключение дополнительного соглашения к действующему трудовому договору осуществляется на основании Приказа Минтруда России № 167н от 26 апреля 2013 г.

В дополнительном соглашении к трудовому договору в отношении каждого работника должны быть сделаны следующие уточнения (Рисунок 3.1.3):

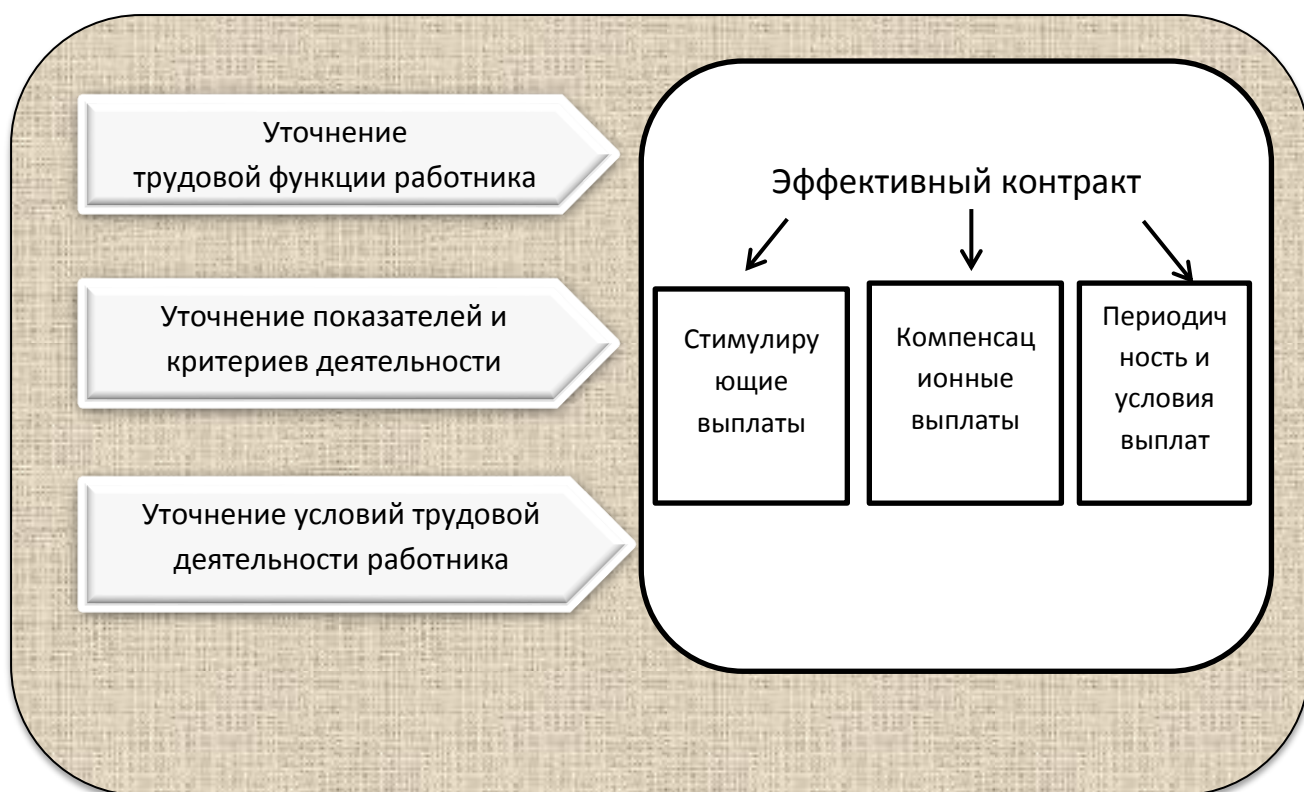


Рисунок 3.1.3 - Формирование «эффективного контракта» в учреждениях здравоохранения¹²⁸

Однако в Приказе Минтруда России № 167н от 26 апреля 2013 г. не получил развития тезис о взаимосвязи между размером поощрения и достижением коллективного результата труда, который обеспечивается переходом на новые методы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского

¹²⁸Составлено автором

страхования, которые в большей мере, чем сейчас, ориентируют на снижение числа больных, уменьшение частоты обострения хронических заболеваний, структурные преобразования в системе оказания медицинской помощи¹²⁹. А ведь для эффективного управления учреждения должна работать команда - группа людей, которая выполняет определенную задачу.

Коллективный результат труда особенно важен в учреждениях стоматологического профиля, когда слаженная работа стоматологов, рентгенологов, ортодонтотв, работников регистратуры обеспечивает качественную медицинскую помощь. В настоящее время, когда наблюдается рост стоимости применяемых в данной сфере материалов и оборудования, необходимо, чтобы весь персонал, осознавал степень своего участия в достижении организационных целей, и понимал зависимость своего вознаграждения от эффективности функционирования учреждения.

В принципе сама попытка систематизировать все возможные стимулирующие и компенсационные выплаты работникам бюджетных учреждений заслуживает поддержки, поскольку в определенной мере упрощает работу соответствующих кадровых служб. В то же время, несложно заметить, что в п. 11 Рекомендаций, в результате, оказались собраны самые разные выплаты, устанавливаемые в связи с наличием различных оснований. При этом часть из них должна будет войти «в каждый трудовой договор с работником бюджетного учреждения (надбавка за интенсивность труда; премия за высокие результаты работы; премия за образцовое выполнение государственного (муниципального) задания и др.), а часть – может по самой своей сути распространяться только на некоторых работников (например, районный коэффициент; коэффициент за работу в пустынных и безводных

¹²⁹ Доклад Экспертного совета при Правительстве РФ по реализации эффективного контракта в здравоохранении от 23.05.14 [Электронный ресурс] – 2014. – Режим доступа: open.gov.ru:8080/upload/iblock/716/716745c7a9ad55a8470d6c534fae9a93.docx (дата обращения: 15.07.2014).

местностях; надбавка за работу со сведениями, составляющими государственную тайну и др.)»¹³⁰.

Наконец, нельзя не отметить, что выплаты, приведенные в п. 11 Рекомендаций подразделяются на две группы: к первой относятся выплаты, которые предусмотрены действующим в настоящее время законодательством, и, естественно, включены в уже заключенные трудовые договоры с работниками бюджетных учреждений. Это, например, районный коэффициент, доплата за совмещение профессий (должностей) и т.п. – собственно, таковых, в рекомендациях большая часть. Они носят компенсационный характер и, как правило, уже полностью формализованы (то есть, законодательством определены условия и порядок их назначения; для значительной части – и размер выплат и т.п.). Существенных нововведений в связи с переводом сотрудников бюджетных учреждений на "эффективный контракт" в части выплат компенсационного характера нет.

Ко второй же относятся выплаты преимущественно стимулирующего характера, которые либо отсутствуют в настоящее время в трудовых договорах с работниками бюджетной сферы (надбавка за интенсивность труда; надбавка за стаж непрерывной работы и др.) либо могут быть в них отражены, но не имеют достаточно четких условий выплаты.

Именно детализация условий, касающихся данного вида выплат и должна отличать "эффективные контракты" от нынешних "обычных" трудовых договоров.

Эффективность деятельности для расчета сумм стимулирования персонала относительно результатов труда и качества оказываемых услуг можно оценить при помощи определенных показателей и критериев в зависимости от должности, которую занимает работник. Такими показателями являются:

¹³⁰ Доклад Экспертного совета при Правительстве РФ по реализации эффективного контракта в здравоохранении от 23.05.14 [Электронный ресурс] – 2014. – Режим доступа: open.gov.ru:8080/upload/iblock/716/716745c7a9ad55a8470d6c534fae9a93.docx (дата обращения: 15.07.2014).

1. Выполнение плановых объемов по оказанию услуг в системе ОМС;
2. Полное и качественное оформление следующей медицинской документации:
 - 2.1. Учетная форма № 043/у-04 «Медицинская карта стоматологического больного»;
 - 2.2. Учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента».
3. Своевременная сдача и правильное оформление:
 - 3.1. Форма № 039-2-у-88 «Сводная ведомость»;
 - 3.2. Учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента»;
 - 3.3. Учетная форма № 043/у-04 «Медицинская карта стоматологического больного» санированных пациентов.
4. Отсутствие обоснованных жалоб на специалиста за прошедший месяц;
5. Выполнение норм этики и деонтологии.

В Программе указано, что «...изменения, которые вносятся в положения об оплате труда работников в части установления конкретных размеров окладов (ставок), показателей, критериев, условий и размеров стимулирующих выплат работникам должны быть утверждены локальными нормативными актами самих учреждений с учетом мнения профсоюза»¹³¹. Таким образом, решение по всем указанным вопросам, в конечном счете, будут принимать руководители бюджетных учреждений.

Возвращаясь к самому перечню компенсационных и стимулирующих выплат, указанных в п. 11 Рекомендаций, отметим, что появление некоторых из них формально идет вразрез с положениями Программы, на реализацию которой Рекомендации и направлены. Так, в подпункте "в" п. 11 предусматривает включение в "эффективный контракт" двух видов выплат:

- «надбавки за выслугу лет;

¹³¹Приказ Минтруда России «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» от 26.04.2013 г. №167н (ред. от 20.02.2014). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.10.2015).

- надбавки за стаж непрерывной работы»¹³².

Обе выплаты призваны стимулировать работников бюджетных учреждений к осуществлению как можно более продолжительной трудовой деятельности в соответствующей сфере, предотвращать переход опытных кадров в коммерческие структуры. В настоящее время такого рода выплаты существуют, в основном, на государственной и муниципальной службе, преследуя те же цели, и распространение их на работников бюджетной сферы нам видится в целом верным решением. В то же время, нельзя не отметить, что согласно Программе трансформация систем вознаграждения предполагает ликвидацию таких выплат, которые перестали выполнять стимулирующую функцию, хотя таковыми по своему назначению и являются, а высвобождаемые средства по возможности использовать на увеличение постоянной части заработной платы медицинских работников и реальные стимулирующие выплаты¹³³.

Между тем, по нашему мнению, надбавки за выслугу лет и за стаж непрерывной работы могут стимулировать работников оставаться в организации, но на эффективность исполнения им своих трудовых обязанностей будут влиять достаточно слабо, поскольку увеличение заработной платы будет определяться не тем как работник выполняет свою трудовую функцию и осуществляет иные, связанные с ней виды деятельности, а лишь тем сколько времени он работает в данном учреждении, выполняя свои обязанности на минимально необходимом уровне. А с учетом падения привлекательности профессии врача и особенно среднего медицинского персонала, роста дефицита этих категорий работников в бюджетных ЛПУ уровень оказания медицинской помощи населению снижается.

Выше нами были рассмотрены нормативные правовые акты, которым должны соответствовать НСОТ. Особое место занимает обоснование величины

¹³² Приказ Минтруда России «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» от 26.04.2013 г. №167н (ред. от 20.02.2014). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.10.2015).

¹³³ Там же.

конкретных показателей денежного вознаграждения для всех работников организации в соответствии с нормативно-правовой базой в целях совершенствования мотивации персонала. Весьма актуальным в настоящее время является теоретическое обоснование организационных аспектов технологии применения НСОТ с учетом факторов внутренней и внешней среды организации.

Особую трудность представляет выявление особенностей деятельности высококвалифицированных медицинских работников, поэтому разработка организационной технологии внедрения НСОТ для данной категории работников является наиболее актуальной. Формирование заработной платы для административно-управленческого персонала (АПУ) осуществляется руководителем учреждения здравоохранения совместно с экономической службой по аналогии с предложенной технологией.

3.2 Формирование базового оклада и компенсационной части при переходе на новую систему оплаты труда

Внедрение НСОТ предполагает уточнение базовой части заработной платы на основе нормирования труда и изменение профессиональных требований к работникам. В этих целях были рекомендованы новые подходы к формированию ФОТ, расчету должностных окладов с учетом коэффициентов, которые получают работники при отнесении их к той или иной профессионально-квалификационной группе (ПКГ).

Предложенную представителями Иркутской школы методику расчета необходимых показателей¹³⁴, мы полностью разделяем и успешно апробировали на практике. На ее основе был разработан авторский подход для определения показателей и критериев эффективности для стоматологических ЛПУ.

¹³⁴ Практические вопросы построения систем оплаты труда работников учреждений бюджетной сферы : учебно-методическое пособие. – Иркутск, 2009.

Применение данного подхода позволяет определить размеры базовых окладов и повышающих коэффициентов так, чтобы, с одной стороны, должностные оклады были обеспечены средствами из федерального бюджета, с другой стороны, существенно возросли стимулирующие выплаты. При применении данной методики надо учитывать ряд положений: гарантированная заработная плата медицинских работников при сохранении объема выполняемых функций не должна быть ниже, чем до перехода на НСОТ; доля гарантированной части в общей структуре заработка должна снижаться, а переменная часть увеличиваться.

Важным этапом во внедрении НСОТ является отнесение работников к определенным профессионально-квалификационным группам (ПКГ)¹³⁵, которое осуществляется в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России №526 от 06.08.2007 г.¹³⁶.

Отнесение к той или иной ПКГ осуществляется на основании соответствия работника минимальным квалификационным требованиям, необходимым для выполнения определенной работы. При этом оклад работников в рамках одной ПКГ может различаться в зависимости от установленного коэффициента (от нуля - для самой низкоквалифицированной должности в ПКГ до своего максимального уровня).

Приведем конкретный пример: в ПКГ «Врачи и провизоры» у врача-интерна должностной оклад равен базовому (повышающий коэффициент = 0), а должностной оклад врача-стоматолога детского, имеющего высшую квалификационную категорию и ученую степень доктора наук, имеет максимальный в рамках данной ПКГ повышающий коэффициент равный 1,19)¹³⁷.

¹³⁵Профессиональные квалификационные группы (ПКГ) - это группы профессий рабочих, должностей служащих, установленных с учетом сферы деятельности на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые используются для осуществления соответствующей профессиональной деятельности (в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ №525 от 06.08.2007 г.).

¹³⁶Приказ Минздравсоцразвития РФ «О профессиональных квалификационных группах и утверждении критериев отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам» от 06.08.2007 г. №525. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.03.2015).

¹³⁷ Постановление Правительства РФ "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом

Оклады руководителей бюджетных учреждений, в том числе медицинских, в соответствии с Постановлением Правительства РФ №583 (ред. от 10.11.2017 г.) рассчитываются в зависимости от сложности труда, в том числе с учетом масштаба управления и особенностей деятельности и значимости учреждения.

При этом «... предельное соотношение средней заработной платы руководителей и работников учреждения рекомендуется определять в кратности 1 к 8»¹³⁸. Величина окладов заместителей может отличаться от постоянной части заработной платы руководителей на 10-30%.

Учитывая, что должностной оклад является лишь частью заработной платы, работодатель может установить в локальном нормативном акте (штатном расписании) минимальную сумму оклада меньше РМЗП, но при условии, что с учетом компенсационных и стимулирующих выплат зарплата работника будет не ниже минимального размера оплаты труда.

Статья 133 ТК РФ гласит: «месячная заработная плата работника, полностью выработавшего за этот период норму рабочего времени и выполнившего нормы труда (трудовые обязанности), не может быть ниже МРОТ»¹³⁹.

Как было указано выше, общая сумма начисленной заработной платы (с учетом повышений, надбавок и доплат) не может быть ниже МРОТ. Исходя из норм законодательства РФ о НСОТ компенсационные выплаты – составная часть заработной платы медицинских работников, которая не может быть ниже МРОТ.

Пример формирования должностных окладов по ПКГ представлен в таблице 3.2.1.

предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений" от 05.08.2008 N 583 (ред. от 10.12.2016). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://tfolio.ru/> (дата обращения: 01.05.2015).

¹³⁸ Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений 2017 год. (Утверждены решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 23 декабря 2016 г., протокол N 11) [Электронный ресурс] // Российская Газета. 29.12.2016. – Режим доступа: <https://rg.ru/2015/12/31/zarplata-dok.html/>(дата обращения: 10.01.2017).

¹³⁹Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2017). [Электронный ресурс]. Режим доступа:http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 08.04.2017).

Как видно из таблицы 3.2.1, оклады некоторых категорий персонала меньше размера минимальной заработной платы (РМЗП) (на 01.01.2013 года размер минимальной заработной платы по Москве составлял 11 700 рублей).

Однако не все учреждения могут, включая в состав заработной платы выплаты стимулирующего характера, обеспечить необходимый уровень заработной платы всем работникам, т.к. их средства для стимулирования труда ограничены. Например, учреждения казенного типа, распоряжаются средствами в пределах бюджетных ассигнований.

В регламентах по оплате труда также может быть установлена определенная периодичность по выплатам стимулирующего характера, например, они могут быть только квартальными или годовыми.

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 09 июня 2012 года № 531¹⁴⁰ уточняет вопросы, связанные с определением размеров минимальных ставок (окладов), когда они не учитывают ряд характеристик трудовой деятельности, являющихся постоянными. В этих целях рекомендуется использовать повышающие коэффициенты, позволяющие учесть квалификацию сотрудника.

¹⁴⁰ Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 09 июня 2012 года № 531 «О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 08.04.2017).

Таблица 3.2.1 - Формирование должностных окладов по профессиональным квалификационным группам должностей медицинских и фармацевтических работников в государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы в 2013 году¹⁴¹

Кв. уровни	Должности, отнесенные к квалификационным уровням	Рекомендуемый размер мин. должностного оклада	Макс. размер пов. коэфф. по квалиф. уровню (должности)	Размер повышающего коэффициента					
				Без категории	Сумма	1-я категория	Сумма	Высшая категория	Сумма
Профессиональная квалификационная группа «Медицинский и фармацевтический персонал первого уровня»									
1.1 мед	Санитарка	8 500,00	до 1.6	1,1	9 350,00				
	Сестра-хозяйка			1,22	10 370,00				
Профессиональная квалификационная группа «Средний медицинский и фармацевтический персонал»									
2.1 мед	Гигиенист стоматологический	10 500,00	до 1.9	1,21	12 705,00	1,47	15 435,00	1,61	16 905,00
	Медицинский статистик	10 500,00		1,21	12 705,00	1,47	15 435,00	1,61	16 905,00
	Медицинский регистратор	10 500,00		1,1	11 550,00				
2.2 мед	Рентгенолаборант	10 500,00	до 2.1	1,34	14 070,00	1,61	16 905,00	1,77	18 585,00
2.3 мед	Медицинская сестра	10 500,00	до 2.4	1,34	14 070,00	1,61	16 905,00	1,77	18 585,00
	Медицинская сестра по ФТО	10 500,00		1,34	14 070,00	1,61	16 905,00	1,77	18 585,00
	Зубной техник	10 500,00		1,34	14 070,00	1,61	16 905,00	1,77	18 585,00
2.4 мед	Зубной врач	10 500,00	до 2.6	1,61	16 905,00	1,94	20 370,00	2,1	22 050,00
2.5 мед	Старшая медицинская сестра	10 500,00	до 2.8	1,61	16 905,00	1,94	20 370,00	2,1	22 050,00
Врачи и провизоры									
3.2 мед	Врач-специалист	18 600,00	до 1.9	1,1	20 460,00	1,28	23 808,00	1,38	25 668,00
Руководители структурных подразделений учреждений									
4.1 мед	Заведующая отделением	22 100,00	до 1.8	1,08	23 868,00	1,25	27 625,00	1,34	29 614,00

¹⁴¹Составлено автором с использованием данных Приказа Департамента здравоохранения города Москвы «О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы» от 09 июня 2012 года № 531.

При определении постоянной и переменной части заработной платы врачей-стоматологов большое значение имеет определение функциональных обязанностей работников, что возможно сделать только с использованием методов нормирования, а также действующей базы нормативов по труду и нормативов по оказанию медицинской помощи. Однако здесь имеются определенные проблемы, т.к. нормы времени на лечебно-диагностическую работу в стоматологии в виде условных единиц трудоемкости впервые были определены специальным нормативным приказом МЗ СССР более 25 лет тому назад (от 25 01.88 № 50). Внедрение инновационных медицинских технологий, информатизация деятельности врачей требует пересмотра устаревшей нормативной базы нормативов по труду.

Приказ МЗ России от 15.11.01 № 408 рекомендует использовать единый для той или иной административной территории метод: либо хронометраж, либо метод экспертных оценок. Задачи расчета научно обоснованных нормативов численности работников бюджетных медицинских организаций весьма востребованы и при организации платных услуг (Приложение Б).

В связи с этим, а также для определения затрат времени на одного пациента и выявления содержания труда стоматологов, нами было проведено выборочное исследование трудовой деятельности медицинских сотрудников в ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26» ДЗМ с использованием метода хронометражных наблюдений (Приложение В). Нами была выбрана для обследования должность врач-стоматолог-детский, медицинская сестра ортодонтического кабинета, зубной техник.

Согласно существующим подходам к нормированию труда в здравоохранении выделим следующие виды деятельности медицинского персонала: «основная деятельность (ОД), подготовительно-заключительное время (ПЗВ), работа с документацией (РД), время на отдых и личные надобности (ВОт), потери рабочего времени (ПРВ).

Было обследовано 40 % от численности врачей в поликлинике.

В результате исследования было установлено, что у врачей-специалистов большую часть рабочего времени занимают затраты на основную деятельность, что видно из данных в таблице 3.2.2.

Таблица 3.2.2 - Структура рабочего времени врача-стоматолога детского Детской стоматологической поликлиники № 26 за период наблюдения¹⁴²

Структура рабочего времени	Удельный вес, %
	стоматолог-стоматолог детский
Основная деятельность	64,65
Работа с документацией	12,90
Подготовительно-заключительное время	11,25
Время на отдых и личные надобности	5,50
Деловые коммуникации	1,2
Потери рабочего времени	4,50
Итого	100,00

Врач-стоматолог-детский. Согласно данным таблицы 3.2.2 в структуре рабочего времени врача-стоматолога детского ОД занимает большую часть всего времени и составляет 65,65 %, которое включает такие основные операции как осмотр ротовой полости, опрос пациента или его родителей и консультирование. Большое значение на содержание этого вида деятельности оказывает диагноз больного.

Наибольшему учету поддается время, затрачиваемое на ведение дневника и журнала ежедневного осмотра, работа с результатами исследований и оформление документов на специальные исследования, а также другая работа с документацией. Все эти затраты составляют около 12,9 % рабочего времени.

¹⁴²Составлено автором на основе хронометражных наблюдений.

Подготовительно-заключительное время у врача-стоматолога, во время которого он переодевается, готовит рабочее место, руки, раскладывает инструменты и т.д. составляет 11,25 % от рабочего времени. Потери рабочего времени, которые могут быть связаны с неявкой пациентов, опозданием и страхом детей лечить зубы – до 5,5 % рабочего времени. В условиях рыночных отношений необходимо стремиться к сокращению потерь рабочего времени, т.к. это – один из источников повышения эффективности труда. Возможно, одним из показателей эффективности деятельности администратора должен стать – снижение потерь рабочего времени врачей из-за неявки пациентов.

Большое значение для анализа основной деятельности врачей-стоматологов имеет структура диагнозов обращений к врачам, представленных в таблице 3.2.3.

Таблица 3.2.3 - Структура причин посещений врача-стоматолога детского Детской стоматологической поликлиники № 26 г. Москвы за период наблюдения¹⁴³

Установленный диагноз	Число обратившихся (чел)	Удельный вес, %
Кариес	106	33,0
Пульпит	90	28,4
Стоматит	68	21,4
Профилактическое Посещение	56	17,2
Всего	320	100,0

Несколько отличается структура рабочего времени среднего медицинского персонала, что видно из таблицы 3.2.4.

¹⁴³Составлено автором на основе хронометражных наблюдений.

Таблица 3.2.4 - Структура рабочего времени среднего медицинского персонала ортодонтического кабинета Детской стоматологической поликлиники № 26 г. Москвы за период наблюдения¹⁴⁴

Структура рабочего времени	Удельный вес, %	
	Медсестра ортодонтического кабинета	Зубной техник
Основная деятельность	69,02	76,75
Работа с документацией	5,58	2,47
Подготовительно-заключительное время	17,20	11,02
Время на отдых и личные надобности	6,37	7,84
Деловые коммуникации	1,83	1,92
Итого	100,0	100,0

В результате проведенных исследований основное время работы среднего медицинского персонала составляет около трети от всех затрат рабочего времени, но ими тратится больше времени на подготовку к оказанию медицинской помощи, что связано с тем, что в их функции входит помощь врачам к подготовке рабочего места. В целом, как показали наши исследования, на одного пациента в стоматологических ЛПУ затрачивают в среднем 20-30 минут.

Анализ деятельности медицинского персонала в бюджетных стоматологических ЛПУ показал, что они имеют сокращенную 33-часовую рабочую неделю¹⁴⁵.

Деятельность врача-стоматолога характеризуется рядом показателей, которые представлены на рисунке 3.2.1¹⁴⁶.

¹⁴⁴Составлено автором на основе хронометражных наблюдений.

¹⁴⁵Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» от 14.02.2003 г. № 101 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://bugabooks.com/book/137-obshhestvennoe-zdorovya-i-zdravooxraneniya/50-glava-16-organizaciya-stomatologicheskoy-pomoshhi.html> (дата обращения: 05.03.2016).

¹⁴⁶Постановление Минтруда от 29.12.1995 г. № 65 – [Электронный ресурс] Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 16.12.2014).



Рисунок 3.2.1 - Показатели деятельности врача-стоматолога¹⁴⁷

В соответствии с постановлением Минтруда от 29.12.1995 г. № 65, утвердившего разъяснения Минтруда РФ от 29.12.1992 г. №5, норма рабочего времени на определенные периоды времени исчисляется по расчетному графику рабочей недели. Ежедневное время работы определяется путем деления недельной продолжительности рабочего времени на 5 и составляет 6,6 часа.

Исходя из средней продолжительности рабочего дня врачей-стоматологов, 355 мин при пятидневной и 288 при шестидневной рабочей неделе, объем работы врача-стоматолога соответственно должен составлять 36 УЕТ и 29 УЕТ соответственно.

Однако отчетные данные счетов-фактур детских стоматологических поликлиник СЗАО г. Москвы за 2011-2013 гг. свидетельствуют о трехкратном

¹⁴⁷ Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» от 14.02.2003 г. № 101 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://bugabooks.com/book/137-obshhestvennoe-zdorovya-i-zdravooxraneniya/50-glava-16-organizaciya-stomatologicheskoy-pomoshhi.html> (дата обращения: 05.03.2016).

превышении норм УЕТ в смену врачом-стоматологом. Следовательно, в одну рабочую смену стоматолог в среднем выполняет - 124 УЕТ принимая при этом около 12-14 пациентов.

При этом «...в бюджете рабочего времени на оказание стоматологической помощи должно быть учтено в соответствующей пропорции время: на отдых – 10 мин, на личные надобности – 10 мин, утренние конференции – 10 мин, санитарно-просветительную работу – 11 мин. Итого 41 минута»¹⁴⁸. Как мы видим из таблиц 3.2.2, 3.2.4 эти нормативы в практической деятельности не выполняются.

Нормы давно устарели и не соответствуют высокотехнологичному современному оборудованию и технологиям лечения, поэтому врачи-стоматологи легко выполняют по две-три нормы в смену.

В свою очередь, страховые медицинские организации (СМО) также обратили на это внимание и жестко ограничили число пломб и других услуг в одно посещение, справедливо считая, что врач-стоматолог в одно посещение не может качественно выполнять три нормы каждую рабочую смену. СМО перестали оплачивать поликлиникам число посещений, сделанных больными к врачу свыше установленного норматива, при автоматизированной обработке счетов-фактур сумма свыше 30 тыс. в месяц не принимается страховщиком к оплате.

В настоящее время, в связи с тем, что запись к врачу осуществляется преимущественно через информационные киоски (инфоматы), временной норматив приема одного пациента сократился и стал составлять 15 минут (4 человека в час). Получается, что один врач в смену может принять 23-24 пациента.

Таким образом, руководители учреждений пытаются привести число посещений установленному нормативу, чтобы страховые компании приняли счета к оплате в полном объеме. Получается, что в одно посещение врач-стоматолог проводит лишь тот набор манипуляций пациенту, который соответствует

¹⁴⁸ Приказ МЗ РФ «Об утверждении инструкций по расчету УЕТ работы врачей-стоматологов и зубных врачей» от 15.11.2001 г. № 408, пункт 11 приложения 1). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.10.2015).

выработке 25 УЕТ в смену, а остальное лечение проводится при следующем посещении. Позиция выработки 25 УЕТ в смену выгодна страховым компаниям, поскольку позволяет ограничивать объем выполненных работ, подлежащих оплате.

Время на одного пациента должно рассчитываться из расчета годового объема посещений (государственного задания) и расчета количества помещений в смену.

Большое значение здесь имеет укомплектованность кадрами учреждения здравоохранения. Согласно отчетным формам 62 и 14-мед за 2011-2013 гг. рекомендуемые для планирования показатели государственные задания выполнялись следующим образом (Таблица 3.2.5):

Таблица 3.2.5 - Объемы медицинской помощи по территориальной программе ОМС для ДСП № 26

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2017 г.
Профилактические осмотры	39 767	34 282	5 217	6 235
Обращения по поводу заболевания	17 130	23467	21 729	24 940
Всего посещений	161 614	187 967	179 167	207 830

Анализ таблицы 3.2.5 показал, что количество посещений с профилактической целью значительно сократилось, хотя в 2017 году их число возросло, что связано с увеличением числа детей. Профилактический осмотр в стоматологии предполагает код диагноза Z01.2 - это практически здоровый пациент с природной санацией или ранее санированный, все остальные обращения – по поводу заболеваний. Профилактических осмотров бывает, как правило, 30; или

чуть больше от количества прикрепленного населения. Штат учреждения рассчитан на 60 500 прикрепленного населения.

Согласно Приложению 6 Протокола № 17 заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС г. Москвы от 30 июня 2014 г. должно быть перечислено – 70 507 591,00 руб.

Плановый объем финансирования за 2014 год существенно занижен по сравнению с 2013 годом. В 2013 году объем финансового обеспечения страховыми компаниями за фактически выполненные услуги составил 81 455 000,00 руб.

Анализ отчетных показателей за 2011-2013 гг. свидетельствует о стабильном росте количества обратившихся учреждение за медицинской помощью и, соответственно, росте всех остальных показателей.

По данным за 1 квартал 2013 года по сравнению с 1 кварталом 2014 года мы видим дальнейшее увеличение показателей (Таблица 3.2.6).

Таблица 3.2.6 - Показатели деятельности учреждения за 1 кв. 2013/2017 гг.

	1 кв. 2013 г.	1 кв. 2014 г.	1 кв. 2017 г.
Посещения	86 254	87 161	88 033
Сумма заработанных средств (руб.)	38 162 600,00	48 592 100,00	49 078 238,00

Увеличение потока пациентов связано с возможностью использования пациентами права выбора лечебного учреждения. Увеличение количества посещений в смену свидетельствует о том, что врачи-специалисты в государственных ЛПУ ориентированы на количество посещений, а не на качество и оперативность лечения. Это особенно важно для детской стоматологической поликлиники. При каждом посещении повторяющиеся операции подготовительные и заключительные операции приводят к потерям рабочего

времени и увеличению затрат на расходные материалы, с одной стороны. С другой, дополнительное посещение стоматолога весьма болезненная процедура для большинства пациентов.

Причиной этого является тот факт, что сегодня более 660 лечебно-профилактических учреждений здравоохранения города Москвы подключены к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), которая осуществляет прикрепление обслуживаемых граждан к ЛПУ; учет, планирование и использование ресурсов ЛПУ; ведение регистра медицинских работников; управление общегородскими очередями и потоками пациентов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения; информационно-аналитическое обеспечение сотрудников органов управления здравоохранением, ведущего персонала медицинских организаций.

Основанием для изменения норм труда служит наличие объективных факторов, реально обеспечивающих рост производительности труда в процессе выполнения работником трудовой функции. Если эти объективные факторы отсутствуют, то воля работодателя по изменению норм труда в сторону увеличения производительности труда входит в противоречие с правовыми нормами ТК РФ, обязательными для выполнения работодателем.

Шаг сетки по записи на прием в ЕМИАС устанавливается решением главного врача медицинской организации и может меняться в зависимости от потребности, кадрового потенциала, сезонности заболеваний и иных причин. Вместе с тем он должен быть достаточным для оказания медицинской помощи надлежащего качества. Одной из основных целей «Московского стандарта поликлиники» является создание комфортных условий для врача и пациента, в том числе путем увеличения шага сетки.

Структура заработной платы медицинских работников учреждений здравоохранения стоматологического профиля выглядит следующим образом (Рисунок 3.2.2):

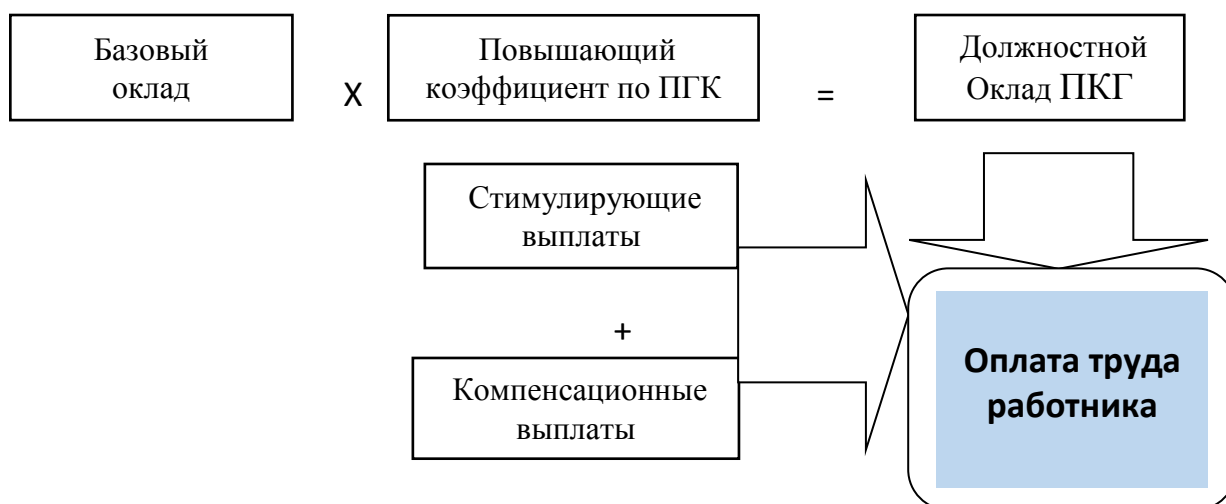


Рисунок 3.2.2 - Структура заработной платы медицинских работников

При построении базовой части оплаты труда мы предлагаем следующее:

1. Постоянная часть заработной платы работников не должна быть меньше размера минимальной заработной платы в регионе, т.е. соответствовать законодательству в тех случаях, если по каким-то причинам им не будут положены стимулирующие выплаты;

2. Дифференциация базовой части заработной платы должна осуществляться с учетом уровня профессиональной подготовки, опыта работы на занимаемой должности и базироваться на принципе справедливости.

Объективная база расчета уровня минимальной заработной платы - величина прожиточного минимума населения.

$$B = MPOТ, \quad (2)$$

где **Б** – базовая единица (базовый оклад);

МРОТ – минимальный размер оплаты труда.

На основе проведенного анализа оплаты труда в стоматологии было выявлено, что у многих категорий низкоквалифицированного персонала оклады без учета повышающих коэффициентов бывают ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда (МРОТ). Это относится к среднему и младшему медицинскому персоналу. В соответствии со ст. 144 ТК РФ базовые оклады и базовые ставки заработной платы может устанавливать Правительство РФ, но они до сих пор не утверждены,

По результатам проведенного нами анализа НСОТ работников учреждений здравоохранения города Москвы, рекомендуем установление базового оклада для работников низкоуровневой ПКГ в размере 17 561,00 руб. (РМЗП по Москве на 01.10.2016 г.). Расчет оплаты труда на основе РМЗП представлен в таблице 3.2.7.

Анализ таблицы 3.2.7 показывает, что с учетом базового оклада с учетом РМЗП по Москве (17561,00 руб.) заработная плата работников существенно изменится.

Таблица 3.2.7 - Предложение по формированию базового оклада с учетом РМЗП по Москве (руб.) для бюджетного учреждения здравоохранения стоматологического профиля¹⁴⁹

Должность	ЕТС	НСОТ			Базовый оклад с учетом РМЗП по Москве (17561,00) с учетом коэффициента
	ОКЛАД	Минимальный должностной оклад	Должностной оклад с учетом максимального размера повышающего коэффициента	Должностной оклад с учетом фактически применяемого коэффициента в ЛПУ для работников не имеющих категории	
Старшая медицинская сестра	16850,00	10500,00	10500,00*2,8=29400,00	10500,00*1,61=16905,00	17561,00*2,8=49170,00

¹⁴⁹Составлено автором с использованием данных Приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 09 июня 2012 года № 531 «О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы».

Продолжение таблицы 3.2.7

Зубной техник	18520,00	10500,00	10500,00*2,4=2 5200,00	10500,00*1,34=1 4070,00	17561,00*2,4=4 2146,40
Медицинский регистратор	11461,00	10500,00	10500,00*1,9=1 9950,00	10500,00*1,1=1 11550,00	17561,00*1,9=33 365,00
Сестра-хозяйка	10322,00	8500,00	8500,00*1,6=13 600,00	8500,00*1,22= 10370,00	17561,00*1,6=28 097,60
Санитарка	9336,00	9350,00	8500,00*1,6=13 600,00	8500,00*1,1= 9350,00	17561,00*1,6=28 097,60

Рассмотрим изменение ФОТ в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы» с учетом лимита штатной численности.

Лимит штатной численности, утвержденный Департаментом здравоохранения города Москвы, количество штатных единиц, фактическая занятость представлена в таблице 3.2.8.

Таблица 3.2.8 - Лимит штатной численности, утвержденный Департаментом здравоохранения города Москвы

Категория персонала	Утверждено ДЗМ (шт.ед.)		Утверждено по штатному расписанию учреждения		Занято шт.ед.		Физические Лица (чел.)		Укомплектованность физ. лицами (%)	
	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Врачи	70	32	70	32	66	28	54	17	77,1	53,1
Средний медицинский персонал	88	41	87,5	41	77,5	30	44	23	50,2	56,0
Младший медицинский персонал	28	5,0	26,75	13	24,0	1	8	1	30	20,0
Прочий персонал	13,5	15,3	13,5	7,3	13,5	7,3	8	15	59,3	98
Всего	199,5	93,3	197,75	93,3	181	66,3	114	56	57,6	60

Из Таблицы 3.2.8 мы видим, что в 2014 году число штатных единиц – 181, физических – 114. За период 2014-2017 г.г. произошло значительное снижение (практически в 2 раза) как штатных единиц, так и фактической численности врачей.

Рассмотрим ФОТ по данным 2014 года для данного учреждения с учетом должностного оклада с применением максимального коэффициента по профессионально-квалификационным группам и учетом базового оклада и учетом размера минимальной заработной платы в Москве (Таблица 3.2.9).

Таблица 3.2.9 - Фонд оплаты труда исследуемого учреждения с применением максимального коэффициента по ПКГ

	ФОТ по тарификации с учетом максимального ДО ПКГ (тыс. руб.)	ФОТ с учетом базового оклада по МРОТ (тыс. руб.)
Врачи	31135,27	43278.02
Средний медицинский персонал	17381,89	27020,24
Младший медицинский персонал	9665,65	16513.85
Прочие сотрудники	16834,70	35099.33
Итого	75017.51	121911.44

Анализируя данную таблицу 3.2.9, мы можем сделать вывод, что фонд оплаты труда значительно увеличился с учетом базового оклада по МРОТ в целом по учреждению на 38.5 %. Однако на практике максимальный коэффициент применяется редко.

Проанализировав практики применения повышающих коэффициентов в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля СЗАО г. Москвы, можно сделать вывод, что чаще всего применялись коэффициенты, при

использовании которых должностной оклад (ДО ПКГ) незначительно отличался от оклада по тарифной сетке.

Для построения системы дифференциации должностных окладов медицинских сотрудников воспользуемся следующей методикой, учитывающей уровень профессиональной подготовки и квалификации работника, сложности, ответственности, объема и качества выполняемой работы. Это «...учитывается путем умножения базовой единицы расчета на повышающие коэффициенты:

$$\text{«Оклад} = \text{Б} * \text{К}_o * \text{К}_к * \text{К}_с, \quad (3)$$

где **Оклад** – должностной оклад

Б – базовая единица;

К_о – коэффициент образования;

К_к – коэффициент квалификации¹⁵⁰;

К_с – коэффициент специфики работы¹⁵¹.

«Коэффициенты квалификации, применяются для формирования должностных окладов работников с учетом присвоенной им квалификационной категории либо имеющегося у них стажа работы»¹⁵² (Таблицы 3.2.10,3.2.11).

¹⁵⁰Коэффициент квалификации (Кк) в рассматриваемой модели учитывает два параметра: стаж работника и наличие квалификационной категории. При отсутствии категории работнику присваивается определенный коэффициент на основании его стажа. При наличии квалификационной категории стаж работника не учитывается – это позволит нам отойти от прямой зависимости между количеством отработанных лет и размером оплаты труда, что особенно актуально в условиях необходимости привлечения в здравоохранение молодых и перспективных специалистов.

¹⁵¹Предложения по новой системе оплаты труда в образовательных учреждениях [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pandia.ru/text/77/158/8919.php#1> / (дата обращения: 08.04.2017).

¹⁵²Организация стоматологической помощи населению: учебное пособие для врачей-стоматологов / под ред. А.С. Оправина, А.М. Вязьмина. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета. – 2011. – 519 с.

Таблица 3.2.10 - Коэффициент образования для врачей¹⁵³

Уровень образования	Коэффициент, применяемый при установлении окладов
Высшая категория	1,38
Первая категория	1,28
Вторая категория	1,18
Без категории	1,10

Таблица 3.2.11 - Коэффициент по стажу работы для врачей¹⁵⁴

Наименование показателя	Коэффициент, применяемый при установлении должностных окладов, ставок заработной платы работников
Стаж работы свыше 20 лет	1,57
Стаж работы от 15 до 20 лет	1,47
Стаж работы от 10 до 15 лет	1,37
Стаж работы от 3 до 10 лет	1,27
Стаж работы от 0 до 3 лет	1,47

Возможно установление значения коэффициента квалификации в повышенном размере, для молодых специалистов, не имеющих квалификационной категории и стажа работы.

Таким образом, в любой действующей на данный момент НСОТ в сфере здравоохранения выделяют основную часть (оплата фактически отработанного времени), а также компенсационную и стимулирующие части.

В большинстве учреждений здравоохранения размер выплаты компенсационного характера за вредные и тяжелые условия труда составляет не более 15 % от должностного оклада.

¹⁵³Там же

¹⁵⁴ Организация стоматологической помощи населению: учебное пособие для врачей-стоматологов / под ред. А.С. Оправина, А.М. Вязьмина. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета. – 2011. – 519 с.

В структуре фонда оплаты труда Детской стоматологической поликлиники № 26 выплаты компенсационного характера составляют около 6,5%, что отражено в таблице 3.2.12.

Таблица 3.2.12 - Структура ФОТ детской стоматологической поликлиники города Москвы

Наименование групп работников ЛПУ	Количество должностей всего, шт. ед	Месячная сумма должностных окладов, руб.	Компенсационные выплаты	
			руб.	%
1	2	3	4	5=4/3*100
Врачи	66,0	1 482 114,00	187 811,10	12,67
Средний	85,5	933 568,50	7 166,25	0,77
Младший	26,75	236 045,00	318,75	0,14
Прочий	17,0	354 981,00	0,00	0,00
Итого в месяц	195,25	3 006 708,50	195 296,10	

Переменная часть заработной платы будет рассмотрена более подробно в следующем параграфе.

3.3 Разработка системы показателей и критериев эффективности деятельности медицинских работников при переходе на «эффективный контракт»

В соответствии с «Программой ... на 2012 - 2018 годы»¹⁵⁵ оптимизация систем стимулирования в бюджетных учреждениях будет базироваться на связи количественных и качественных показателей предоставляемых государственных услуг с ростом заработной платы работников.

¹⁵⁵«Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 г.г». (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р) Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://правительство.рф/gov/results/21703/>(дата обращения: 10.10.2016).

Для этого требуется разработка и внедрение взаимосвязанной системы показателей и критериев эффективности на всех уровнях управления от федерального до уровня организаций и отдельного работника. Особое внимание следует уделить разработке локальных регламентов по оплате труда и трудовых договоров работников, где бы были отражены требования к размеру стимулирующих выплат в зависимости от достигнутых результатов¹⁵⁶.

Для разработки системы показателей критериев эффективности деятельности медицинского персонала бюджетных учреждений здравоохранения стоматологического профиля, автором предложен методический подход, включающий несколько этапов, содержание которых представлено в таблице 3.3.1. Реализация предложенной методики анализа стимулирования оплаты труда медицинских работников была осуществлена в ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26 ДЗМ».

Таблица 3.3.1 – Анализ показателей эффективности деятельности медицинского персонала бюджетных учреждений здравоохранения стоматологического профиля¹⁵⁷

Виды анализа	Показатели	Методы анализа
Структурный анализ	Степень разработанности нормативно-правовых актов	Документационный
	Формирование стимулирующей части оплаты труда	
	Среднемесячный уровень заработной платы по категориям работников	
	Показатели и критерии эффективности деятельности персонала	
	Соответствие уровня оплаты труда потребностям работников	Экспертный метод, анкетирование
Факторный анализ	Влияние факторов внешней и внутренней среды	Факторный анализ
Стратегический анализ	Перспективные возможности системы стимулирования, ее сильные и слабые стороны	Экспертный метод

¹⁵⁶«Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 г.г». (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://правительство.рф/gov/results/21703/>(дата обращения: 10.10.2016)..

¹⁵⁷ Составлено автором.

Проведенный анализ позволил выявить сильные и слабые стороны системы стимулирования в поликлинике, среди которых: среднемесячный уровень оплаты труда, структура оплаты труда, уровень заработной платы ниже рыночного по отрасли, материальное стимулирование охватывает все категории персонала, совершенствуются показатели и критерии, на основании которых осуществляются выплаты стимулирующего характера.

В учреждениях здравоохранения вопросами распределения стимулирующих выплат занимается специально создаваемая в этих целях комиссия, функции которой представлены на рисунке 3.3.1. Комиссия может быть двухуровневой.

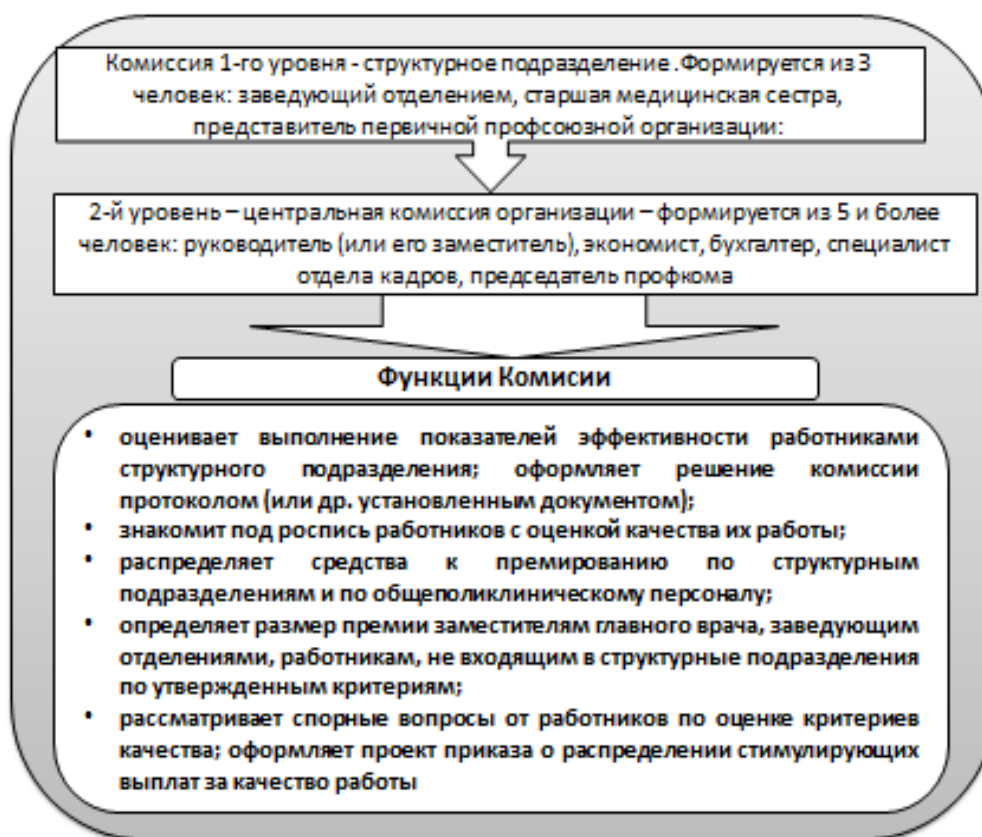


Рисунок 3.3.1 - Структура и функции комиссии по распределению стимулирующих выплат¹⁵⁸

Для определения размера выплат стимулирующего характера могут использоваться различные методы и подходы.

Как уже отмечалось ранее во второй главе диссертации Приказом Минздрава России от 28.06.2013 г. № 421 рекомендована балльная оценка. Определение цены одного балла базируется на пропорции 3:2:1. Самый низкий коэффициент получают неквалифицированные медицинские работники, самый высокий – врачи. Численность сотрудников по категориям перемножается на соответствующий коэффициент вышеприведенной пропорции. Устанавливается наибольшее количество баллов, которое может получить отдельный сотрудник. Затем путем умножения суммы произведений количества физических лиц (по категориям персонала) и повышающих коэффициентов на максимальное количество баллов рассчитываем максимальное общее число баллов, которое возможно получить сотрудникам медицинского учреждения¹⁵⁹.

На основе использования методов нормирования труда и экспертных опросов разработаны критерии и показатели эффективности труда для стимулирования работников за показатели результативности труда и его интенсивности в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детской стоматологической поликлинике № 26 Департамента здравоохранения города Москвы» для ряда должностей (Таблицы 3.3.2-3.3.4) (Приложение Г).

¹⁵⁸Составлено автором на основе «Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 г.г». (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р) Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://правительство.рф/gov/results/21703/>(дата обращения: 10.10.2016).

¹⁵⁹Приказ Минздрава России «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» от 28.06.2013 г. № 421. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.03.2014).

Таблица 3.3.2 - Критерии эффективности деятельности для должности заведующий отделением

Наименование критерия	Баллы
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие выявленных нарушений по результатам проверки контролирующих органов	от 1 до 5
Организация безотказной работы отделения, выполнение производственного плана, договорных обязательств с учетом сезонного наличия пациентов	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Своевременная сдача и анализ статистических отчетов работы отделения, исправление допущенных недостатков	от 1 до 5
Участие в организации и проведении врачебно-сестринских конференций, собраний и других организационных мероприятий по составленному на текущий год плану	от 1 до 5
Контроль за объемом государственного задания – обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г.Москве	от 1 до 5
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов (по результатам рассмотрения врачебной комиссии)	от 1 до 5

Заведующий отделением может быть лишен стимулирующих выплат, если отчетные показатели ниже 80% от плановых, имеются дисциплинарные взыскания, были выявлены факты взимания денежных средств с пациентов за медицинскую помощь, которую должны предоставлять бесплатно.

Таблица 3.3.3 – Критерии эффективности для должностей врач-стоматолог детский, врач-стоматолог-терапевт, зубной врач¹⁶⁰

Наименование критерия	Баллы
Выполнение нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста, зубного врача из функций врачебной должности: 1. при работе на лечебном приеме (20 посещений); 2. при работе на профилактическом приеме: - в соматической поликлинике и в дошкольных учреждениях (70 посещений); - в школьных образовательных учреждениях (35 посещений); - санатории (30 посещений)	менее 100% - стимулирующие выплаты не начисляются 100 % -120%- от 1 до 5 более 120% - 10
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов (по результатам рассмотрения врачебной комиссии), соблюдение этики и деонтологии	от 1 до 5
Процент от выполненных отделением законченных случаев лечения осложненного кариеса	от 1 до 5
Количество санаций полости рта в смену (3,5 санации)	от 1 до 5
Количество пломб, поставленных в смену (10 пломб)	от 1 до 5
Своевременная сдача статистических отчетов, исправление допущенных недостатков	от 1 до 5
Оформление медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной и вневедомственной экспертизы	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	от 1 до 5
Отсутствие нарушений при организации приема пациентов	от 1 до 5

¹⁶⁰Приказ Минздрава России «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» от 28.06.2013 г. № 421. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.03.2014).

Таблица 3.3.4 – Критерии эффективности для должностей медицинская сестра, рентгенлаборант, гигиенист стоматологический¹⁶¹

Наименование критерия	Баллы
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов (по результатам рассмотрения врачебной комиссии), соблюдение этики и деонтологии	от 1 до 5
Оформление медицинской документации по санитарно-эпидемиологическому режиму	от 1 до 5
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5

Для этой категории медицинских работников существуют определенные правила оценки выполнения показателей: распределение стимулирующих выплат должно быть ежемесячным, при наличии дисциплинарных взысканий они не производятся. Общая сумма этого вида вознаграждения каждому работнику производится на основе баллов, определенных комиссией, с учетом финансового состояния организации и других обстоятельств.

Следует отметить, что в условиях активного внедрения инноваций в сфере здравоохранения, совершенствования техники и технологии диагностики и лечения, целесообразно было бы использовать и такие показатели, которые отражали бы уровень квалификации медицинских работников и их потенциал профессионального развития.

¹⁶¹Приказ Минздрава России «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» от 28.06.2013 г. № 421. Доступ СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.03.2014).

Согласно приказу ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 227¹⁶² были разработаны предложения по внедрению в субъектах РФ эффективных механизмов стимулирования учреждений здравоохранения за счет территориальных ФОМС¹⁶³.

Согласно рекомендациям ФОМС, для оценки динамики показателей результативности необходимо иметь данные не только за отчетный период, но за базовый год.

Оценка достигнутого уровня результативности, в соответствии с рекомендациями ФОМС, осуществляется по следующей формуле¹⁶⁴:

$$Y = \sum Y_i \times d_i \quad (4)$$

где:

Y – интегрированная оценка уровня результативности деятельности медицинской организации;

Y_i – частный показатель уровня результативности деятельности медицинской организации;

d_i – удельный вес частного показателя результативности деятельности медицинской организации.

При оценке результативности ФОМС вводит уточнение ее при помощи «дефектных показателей», которые позволяют скорректировать данные в сторону уменьшения за счет умножения показателей на понижающий коэффициент (Таблица 3.3.5).

¹⁶²Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 227 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 12.03.2014).

¹⁶³Методические рекомендации по внедрению в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования, обеспечивающих повышение уровня качества и доступности медицинской помощи. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.krasmed.ru/docs/opmspvupf/03_03.pdf (дата обращения: 09.05.2014).

¹⁶⁴Габуева Л.А., Зими́на Э.В. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зими́на. – Москва: Проспект, 2015. – 53 с.

Таблица 3.3.5 - Понижающие коэффициенты для дефектных показателей при оценке работы поликлиники¹⁶⁵

Наименование дефектного показателя	Величина понижающего коэффициента
Повторное обоснованное обращение пациента за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 10 дней со дня завершения амбулаторного лечения	0,95
Необоснованный отказ пациенту в направлении или несвоевременное направление пациента на госпитализацию, консультацию или исследование	0,5

Критерии стимулирующей части заработной платы в рамках «эффективного контракта» связаны с применением стандартов.

Ниже приводится в качестве примера порядок стимулирования медицинского персонала в целях повышения качества и доступности медицинской помощи на основе внедрения стандартов оказания специализированной медицинской помощи.

Стандарты должны использоваться во всех конфликтных ситуациях, если они имеют место между врачом и – пациентом, - администрацией, страховой компанией и т.п. Их применение целесообразно и при решении экономических взаимоотношений, вопросов ценообразования, рентабельности и др.

Все сферы работы специалистов должны регламентироваться определенными стандартами. Это – используемое в работе медицинское оборудование, состояние и оснащение рабочего места, качество применяемых материалов и т.д. Несоответствие стандарту должно автоматически вести к запрету на работу до устранения всех выявленных недостатков.

Оценка эффективности и качества медицинской помощи по отношению к врачам и среднему медицинскому персоналу осуществляется на основе

¹⁶⁵ Габуева Л.А., Зими́на Э.В. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зими́на. – Москва: Проспект, 2015. – 53 с.

сопоставления достигнутых результатов с установленными нормативами и стандартами.

Нельзя не согласиться со специалистами¹⁶⁶, что при выборе показателей следует учитывать ряд факторов, представленных на рисунке 3.3.2.

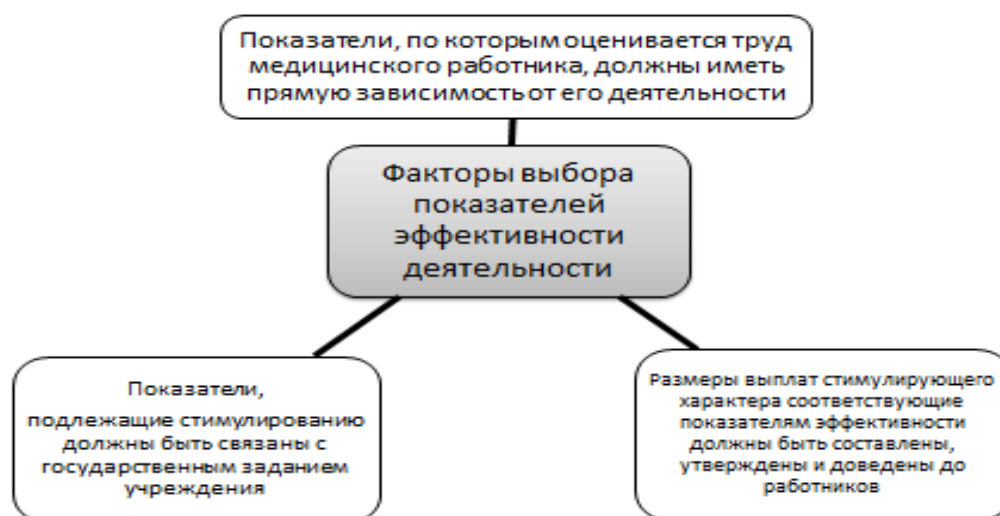


Рисунок 3.3.2 – Факторы выбора показателей эффективности деятельности

Уже имеется практика расчета показателей производительности труда работников с высшим медицинским образованием¹⁶⁷ (Рисунок 3.3.3).

¹⁶⁶Габуева Л.А., Зими́на Э.В. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зими́на. – Москва: Проспект, 2015. – 53 с.

¹⁶⁷ Дифференцированная оплата труда в здравоохранении. Д 50 Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Заиграев А.Л., Пушкарев О.В., Парамонова Л.В., Гендлин А.Ю. – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск – 2011. - С. – 57 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://gpma.ru/structure/chair/health/doc/metod2.pdf> (дата обращения: 09.05.2014);

Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

Показатель	Порядок расчета
Выполнение нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста исходя из функции врачебной должности (%)	Определяется годовой объем работы для каждого врача с помесячной разбивкой с учетом нормативных показателей функционала по должности, установленные Тарифным соглашением в системе ОМС. Данные по его выполнению ежемесячно направляется секретарю комиссии учреждения до 10 числа месяца, следующего за отчетным.
Доля выявленных на ранней стадии заболеваний от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом (%)	Количество заболеваний, выявленных на ранней стадии, равно разности между заболеваниями выявленными впервые и запущенными заболеваниями. Затем полученную разность разделить общее число заболеваний выявленных врачам
Доля выявленных запущенных заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом (%)	Для оценки показателя используется общее число заболеваний, впервые выявленных специалистом у пациентов в течение месяца (по данным подразделения статистики), и число запущенных заболеваний
Доля осложнений при осуществлении операций, лечебно-диагностических действий, отраженных в медицинской документации (для врачей-специалистов хирургического профиля), от общего числа проведенных операций, лечебно-диагностических манипуляций.	Данный показатель определяется на основании результатов ведомственного (врачебная комиссия учреждения) и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, оформленных соответствующими документами (акт, заключение, протокол). Копия документа, подтверждающего факт осложнения, направляется секретарю комиссии.
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации	Отсутствие или наличие обоснованных жалоб на качество работы врача учитывается в установленном порядке на основании результатов рассмотрения на соответствующих уровнях управления. Копия документа, подтверждающего обоснованность жалобы (справка, приказ, заключение экспертизы и т.д.) направляется секретарю комиссии в 3-дневный срок после поступления (оформления) должностным лицом учреждения, ответственным за работу с обращениями граждан
Доля числа некачественного оформления медицинской документации от общего количества случаев оформленной медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной (в установленном для ЛПУ объеме) или вневедомственной экспертизы.	Факт некачественного оформления медицинской документации устанавливается по результатам ведомственного или вневедомственного контроля качества медицинской помощи на основании соответствующего документа (акт, заключение, справка и т.д.), копия которого направляется секретарю комиссии по мере поступления должностным лицом, составившим (получившим) документ. За общее количество случаев оформленной медицинской документации принимается фактическое число посещений данного специалиста (предоставляется подразделением статистики учреждения)

Рисунок 3.3.3 - Показатели деятельности врачей с высшим образованием¹⁶⁸¹⁶⁸Составлено автором.

«Размер выплаты работнику (по должности) определяется путем умножения базового размера выплаты на коэффициент качества труда, который определяется на основании данных за прошедший период»¹⁶⁹ (Таблица 3.3.6).

Таблица 3.3.6 - Методика расчета коэффициента качества труда¹⁷⁰

Критерий оценки качества и эффективности	Значимость, %	Оценка выполнения	Средневзвешенная оценка [3] x [4]
2	3	4	5
Выполнение плана индивидуальной нагрузки	50	1,0	50
Осложнения от медицинских манипуляций	20	1,0	20
Соблюдение Сан Пин	15	0,8	12
Наличие обоснованных жалоб	10	0,6	6
Соблюдение медицинской техники и деонтологии	5	1,0	5
ИТОГО:	100%		93

Порядок исчисления закрепляется приказом главного врача, а при необходимости – в коллективном и трудовом договорах. Расчеты коэффициентов качества должны осуществляться под руководством главного врача.

¹⁶⁹ Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

¹⁷⁰ Дифференцированная оплата труда в здравоохранении. Д 50 Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Заиграев А.Л., Пушкарев О.В., Парамонова Л.В., Гендлин А.Ю. – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск – 2011.- С. – 57 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://gpma.ru/structure/chair/health/doc/metod2.pdf> (дата обращения: 09.05.2014);

Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

Для увеличения объективности данного показателя можно использовать четырехуровневый подход (Таблица 3.3.7). Если критерий не позволяет использовать вышеназванный подход, то можно применять двухуровневый (1 и 0, то есть соблюдается и нет).

Таблица 3.3.7 - Четырехуровневая система оценки выполнения критерия¹⁷¹

№	Описание оценки выполнения критерия	Значение оценки (в долях целого)
1	Критерий выполняется полностью. Нет никаких нарушений и отступлений	1
2	Имеются однократные несущественные отступления или нарушения	0.8
3	Нарушения несущественны, но повторяются в течение периода	0.5
4	Имеются существенные нарушения или отступления	0

Для расчета стимулирующих выплат с учетом показателей эффективности в стоматологических бюджетных ЛПУ мы предлагаем использовать следующий методический подход (Рисунок 3.3.4)¹⁷²:

¹⁷¹Составлено автором

¹⁷² Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.
Афонасенко Е.В. Причины и особенности перехода бюджетных учреждений здравоохранения на «эффективный контракт» (совершенствование системы оплаты труда) // Научно-практический журнал «Нормирование и оплата труда в промышленности». – М. Издательский дом «Панорама». – 2015. - №2.

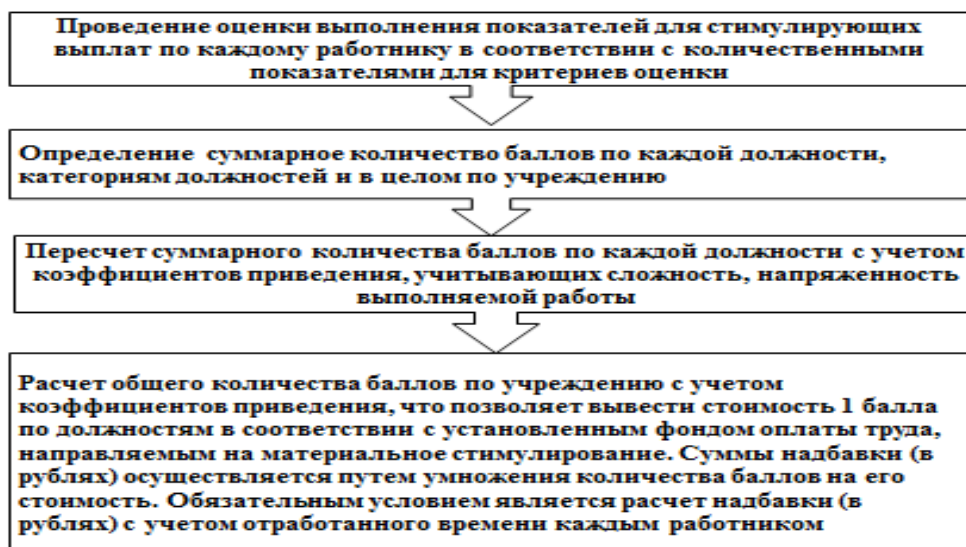


Рисунок 3.3.4 - Порядок проведения расчета стимулирующих выплат в бюджетных стоматологических ЛПУ

Для расчета более объективных показателей для определения размера стимулирующих выплат следует использовать коэффициенты приведения, учитывающие сложность и напряженность выполняемой работы (Таблица 3.3.8).

Таблица 3.3.8 - Коэффициенты приведения, учитывающие сложность, напряженность выполняемой работы

Должность	Коэффициент приведения
Заведующий отделением	5.0
Врач	4.0
Старшая медицинская сестра	3.0
Медицинская сестра	2.0
Сестра-хозяйка	1.5
Санитарка	1.0

Определим выплаты стимулирующего характера при стоимости 1 балла (базового) – 100 рублей (Таблица 3.3.9).

Таблица 3.3.9 - Стоимость 1 балла для каждой должности с учетом коэффициента приведения¹⁷³

Должность	Коэффициент приведения
Заведующий отделением	5.0
Врач	4.0
Старшая медицинская сестра	3.0
Медицинская сестра	2.0
Сестра-хозяйка	1.5
Санитарка	1.0

Максимальное количество баллов *врача-стоматолога детского* при условии, что он отработал полностью рабочий период, выполнил все показатели работы, которые входят в критерии оценки его должности составляет – 55 баллов. С учетом коэффициента приведения стоимость его балла равна 400,00 рублей. Умножив количество баллов на стоимость 1 балла, получаем сумму надбавки за месяц¹⁷⁴:

$$55 \times 400,00 \text{ руб.} = 22\,000,00 \text{ руб.}$$

Далее карты критериев оценки работников рассматривает комиссия по установлению выплат стимулирующего характера, составляется протокол, на основании которого руководитель учреждения устанавливает стимулирующие надбавки.

¹⁷³ Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарёв, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

Афонсенко Е.В. Причины и особенности перехода бюджетных учреждений здравоохранения на «эффективный контракт» (совершенствование системы оплаты труда) // Научно-практический журнал «Нормирование и оплата труда в промышленности». – М. Издательский дом «Панорама». – 2015. - №2.

¹⁷⁴ Там же.

Расчет заработной платы врача-стоматолога Детской стоматологической поликлиники города Москвы (пример), который имеет высшую квалификационную категорию, объем работы – 1,0 ст., стаж работы – более 5 лет:

1. Величина базового оклада с учетом повышающего коэффициента, который применяется в учреждении, где он работает, составляет $18\ 600,00 * 1,38 = 25\ 668,00$ руб.
2. Выплата компенсационного характера за вредные условия труда в соответствии с Положением «Об оплате труда» для занимаемой должности составляет $15\% \cdot 18\ 600,00 * 15\% = 3\ 850,20$ руб.
3. Выплата за стаж непрерывной работы – 30% при выслуге более 5 лет $25\ 668,00 * 30\% = 7\ 700,40$ руб.
4. Допустим, что врачом выполнены все критерии, применяемые для материального стимулирования с учетом коэффициента приведения. Максимальная выплата составляет $55 * (100 * 4) = 22\ 000,00$ руб.
5. Выплата стимулирующего характера по Приказу Департамента здравоохранения от 12.03.2014 г. № 228¹⁷⁵ из средств ОМС, в соответствии с п.6 Приложения 2 «Методические рекомендации по оформлению трудовых отношений между врачами-специалистами...» к Приказу должна составлять не менее 5 тысяч рублей.

Заработная плата врача-стоматолога детского в целом за данный месяц составит:

$ЗП = ДО \quad ПКГ \quad (25668,00) + КВ \quad (3850,20) + СВ_{\text{стаж}} \quad (7700,40) + СВ \text{ по критериям} (22\ 000,00) + СВ \text{ приказ } 228 \quad (5\ 000,00) = 64\ 218,60$ руб.

Для расчета суммы, которую работник получит на руки (сальдо), необходимо из этой суммы вычесть налог на доходы физических лиц (НДФЛ) – 13%:

¹⁷⁵ Приказ Департамента здравоохранения от 12.03.2014 г. № 228 «О выплатах стимулирующего характера врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и качества оказываемых услуг». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.09.2016).

НДФЛ = 64 218,60 руб. \times 13% = 8 348,42 руб.

Зарплата после вычета НДФЛ = 64 218,60 руб. – 8 348,42 руб. = 55 870,18руб.

Положительную роль при совершенствовании показателей эффективности, по мнению ряда экономистов¹⁷⁶, чьей точки зрения мы придерживаемся, будет играть фактор соревновательности. В этих целях можно строить графики, как по интегральным показателям, так и по взвешенным оценкам определенных характеристик. При этом оценка деятельности каждого руководителя линейного или функционального подразделения в бюджетных учреждениях здравоохранения должна проводиться по ключевым показателям в области управления качеством, а оплата труда напрямую должна быть увязана на достижение указанных показателей.

Выводы по третьей главе. Переход на новую систему оплаты труда требует разработки четкого плана действий по ее внедрению – «дорожной карты», в которой отражаются основные мероприятия, связанные с распределением работников по профессионально-квалификационным группам, установление должностных окладов и компенсирующих и стимулирующих надбавок с учетом требований трудового законодательства.

В этих целях были разработаны шаблонные показатели деятельности бюджетного стоматологического ЛПУ. Построение должностных окладов должно ориентироваться на минимальный размер оплаты труда в регионе для того, чтобы при отсутствии стимулирующих выплат по какой-либо причине заработок работников низкой ПКГ не был меньше указанных показателей, что случается в настоящее время. При формировании должностных окладов следует определить при помощи нормирования объем выполняемых работ, их интенсивность и качество на основе экспертных оценок.

¹⁷⁶Габуева.А.Л. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зимина. – Москва: Проспект, 2015. - С.55.

Следующим важным этапом внедрения и развития новой системы оплаты труда в здравоохранение стала разработка показателей эффективного контракта, которая позволяет увязать показатели работы каждого сотрудника с шаблонными показателями деятельности бюджетного стоматологического ЛПУ. Данные показатели позволяют улучшить качество предоставляемых медицинских услуг, ведения медицинской документации.

Адаптация существующих наработок в этой сфере применительно к стоматологии позволят сформировать механизм стимулирования труда, предусматривающие не только поощрение за качественный труд, но и депремирование за невыполнение в надлежащем объеме и надлежащего качества медицинской услуги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В соответствии с поставленной во введении целью работы соискателем было проведено исследование новой системы оплаты труда, основных направлений развития ее элементов, а также методического инструментария перехода на «эффективный контракт» в бюджетных стоматологических лечебно-профилактических учреждениях в условиях реформирования системы здравоохранения, что позволило констатировать получение следующих научных результатов и разработке практических рекомендаций.

1. Изучение содержания, характера труда и организации труда работников стоматологических бюджетных учреждений здравоохранения показало, что проводимая реформа в медицинской сфере по переводу на эффективное использование имеющихся мощностей, применение передового оборудования и методик лечения, а также информатизация труда врачей, оказала существенное влияние на методы организации и оплаты труда медицинских работников. Наиболее характерна эта тенденция для важнейшей подотрасли здравоохранения – стоматологии. Появились новые требования к организации оплаты труда врачей и необходимость изменений в этой сфере. Для решения этой проблемы был на государственном уровне разработан комплекс мер, который предусматривал внедрение новой системы оплаты труда и «эффективного контракта».

2. Проведенный анализ данных по внедрению новой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля показал, что в условиях недостатка финансирования и сложной экономической ситуации, были не учтены следующие моменты. Так, базовый оклад медицинских работников не был ориентирован на размер минимальной заработной платы (МЗП). В результате, у сотрудников, входящих в профессионально-квалификационные группы «Медицинский и фармацевтический персонал первого уровня» и «Средний медицинский и фармацевтический персонал», месячный заработок нередко

становился ниже прожиточного минимума в данном регионе, а переменная часть заработка, включающая стимулирующие выплаты не гарантируется. Недостатки в нормировании труда дают возможность руководству стоматологических поликлиник поднять заработки врачам не за счет повышения базовых окладов, а за счет интенсификации труда. Эти причины, а также волюнтаризм руководства в распределении стимулирующих выплат сотрудникам привели к тому, что в настоящее время падает заинтересованность медицинского персонала в повышении качества оказываемых услуг, снижается мотивация, растет текучесть. На наш взгляд, необходимо формировать базовый оклад с учетом РМЗП для того, чтобы привести его в соответствии с требованиями трудового законодательства и повысить материальную заинтересованность в результатах труда. Установление в бюджетных учреждениях здравоохранения базового оклада с учетом размера минимальной заработной платы будет действенным механизмом повышения заработной платы медицинских работников. Однако индексация базовой части заработной платы существенно увеличит фонд заработной платы, что требует дополнительных объемов финансовых средств. По мнению автора, необходимо определение путей реформирования системы оплаты труда медицинских работников, выраженное в сохранении бюджетных субсидий на выравнивание уровня оплаты труда для учреждений здравоохранения. Следовало бы снизить бюрократизацию процедур, связанных с внедрением НСОТ, т.к. это приводит к ориентации сотрудников не на качество оказываемой медицинской помощи, а на достижение целей, поставленных перед ним, которые направлены на оптимизацию финансовых показателей.

3. В целях совершенствования системы оплаты труда работников и повышения уровня зарплаток путем достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг автором разработаны и систематизированы шаблонные показатели для оценки эффективности работы медицинских учреждений здравоохранения стоматологического профиля. Данные показатели учитывают финансово-экономические результаты и качество управления ресурсами медицинского учреждения. Оценка качества оказания

медицинской помощи в стоматологических ЛПУ позволит своевременно и в достаточном объеме изыскивать ресурсы, прежде всего финансовые, которые будут способствовать достижению максимальной эффективности деятельности учреждения. Для этого необходимо формирование нормативной правовой базы в целях создания единого подхода и инструментария, что позволит сформировать рейтинг учреждений и будет способствовать повышению информированности населения о качестве оказываемых медицинских услуг.

4. В целях формирования конкурентного уровня заработной платы высококвалифицированных специалистов в бюджетных стоматологических ЛПУ разработана «дорожная карта» мероприятий по повышению средней заработной платы медицинских работников в соответствии с Указом Президента РФ №597¹⁷⁷, развитию амбулаторной помощи населению, кадровому обеспечению учреждений здравоохранения, созданию условий для конкурентоспособной заработной платы врачей-стоматологов и среднего медицинского персонала. Предложен авторский подход по разработке шаблонных показателей оценки деятельности стоматологических ЛПУ, позволяющих определять показатели деятельности, как каждого подразделения, так и каждого сотрудника в целях формирования конкурентного уровня заработной платы специалистов.

5. В целях перехода на «эффективный контракт» на основе проведенного анализа разработана система показателей для определения стимулирующих выплат за интенсивность, количество и качество труда работников стоматологических ЛПУ, которая встроена в систему показателей деятельности медицинского учреждения.

6. Предложенная система показателей эффективности деятельности работников базируется на сравнении их со стандартами специализированной стоматологической помощи. Авторская методика определения размера стимулирующих выплат включает следующие этапы: анализ выполнения

¹⁷⁷Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»// Российская газета от 9 мая 2012 г. Федеральный выпуск №5775.

показателей «эффективного контракта» в соответствии с расчетными количественными показателями; расчет суммарного количества баллов для отдельной должности, категориям должностей и в целом по ЛПУ; определение суммарного числа баллов по каждой должности с использованием коэффициентов приведения, позволяющих учесть сложность и интенсивность выполняемых трудовых функций; определение суммы баллов по ЛПУ с учетом коэффициентов приведения, позволяющих рассчитать стоимость 1 балла по должностям с учетом доли стимулирующих в фонде оплаты труда; расчет стимулирующих выплат каждому работнику.

Главный вывод, сделанный в ходе анализа новой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля состоит в том, что в условиях недостатка финансирования и сложной экономической ситуации, использование предлагаемых направлений совершенствования системы оплаты труда позволит сформировать эффективную систему стимулирования медицинских работников, что в конечном итоге будет способствовать повышению качества оказываемых медицинских услуг населению России.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные правовые акты

1. Бюджетное послание Президента РФ от 29 июня 2011 года о бюджетной политике в 2012 – 2014 гг. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 12.05.2015).
2. Бюджетное послание Президента РФ от 28 июня 2012 года о бюджетной политике в 2013 – 2015 гг. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 11.02.2016).
3. Доклад Экспертного совета при Правительстве Российской Федерации по реализации эффективного контракта в здравоохранении // Российская газета от 12 августа 2014 г. – Федеральный выпуск №6452. – 7 с.
4. Доклад Экспертного совета при Правительстве РФ по реализации эффективного контракта в здравоохранении от 23.05.14 [Электронный ресурс] – 2014. – Режим доступа: open.gov.ru:8080/upload/iblock/716/716745c7a9ad55a8470d6c534fae9a93.docx (дата обращения: 15.07.2014).
5. Единые рекомендации по системам оплаты труда работников организаций, финансируемых из федерального, региональных и местных бюджетов на 2012 год. [Электронный ресурс] // Российская Газета. - 31.12.2015. – Режим доступа: <https://rg.ru/2015/12/31/zarplata-dok.html/>(дата обращения: 10.01.2016).
6. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2013 год // Российская газета от 29 декабря 2012 г. – Федеральный выпуск №5975.
7. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 год // Российская газета от 30 декабря 2013 года. – Федеральный выпуск №6271.

8. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений 2015 год (утверждены решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 24 декабря 2014 г., протокол №11. [Электронный ресурс] // Российская Газета. 12.01.2015. – Режим доступа: <https://rg.ru/2015/01/12/recomendacii-dok.html/> (дата обращения 10.01.2016).
9. Единые рекомендации установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2016 год (утверждены решением трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 25 декабря 2015 года, протокол № 12) Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.03.2016).
10. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений 2017 год. (Утверждены решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 23 декабря 2016 г., протокол N 11) [Электронный ресурс] // Российская Газета. 29.12.2016. – Режим доступа: <https://rg.ru/2015/12/31/zarplata-dok.html/>(дата обращения: 10.01.2017).
11. Закон г. Москвы от 15.12.2004 № 86 (ред. от 25.04.2012) «Об оплате труда работников государственных учреждений города Москвы». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.04.2015).
12. «Методические рекомендации по внедрению в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования, обеспечивающих повышение уровня качества и доступности медицинской помощи». [Электронный ресурс] – Режим

- доступа: http://www.krasmed.ru/docs/opmspvupf/03_03.pdf (дата обращения: 09.05.2014).
13. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011 Режим доступа :http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/ (дата обращения: от 24.02.2017).
14. План мероприятий ("дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения", утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012г. № 2599-р. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipro/prime/doc/70192398/> (дата обращения: 15.03.2016).
15. Положение об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений (утверждено Постановлением Правительства РФ № 583 от 05.08.2008 г.) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.klerk.ru/doc/115911/> (дата обращения: 11.03.2016).
16. Постановление Правительства РФ от 05.08.2008 N 583 (ред. от 10.12.2016) "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений" (вместе с "Положением об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений") Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.05.2015).
17. Постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения 24.12.2014).

18. Постановление Правительства РФ от 22.01.2013 г. №23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.klerk.ru/doc/307402/> (дата обращения: 24.03.2014).
19. Постановление Минтруда России от 21.08.1998 г. №37 «Квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и других служащих» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/180107/> (дата обращения: 15.03.2016).
20. Постановление от 24 декабря 2013 г. №892-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве на 2014 г. и плановый период 2015 – 2016 г.г.» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70452232/> (дата обращения: 15.03.2016).
21. Постановление Правительства Москвы от 24 октября 2014 года №619-ПП «О новых системах оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://sport.mos.ru/upload_local/iblock/ (дата обращения 24.03.2016).
22. Постановление Правительства Москвы от 29.10.2014 №640-ПП «О признании утратившими силу правовых актов (отдельных положений правовых актов) города Москвы» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://mosopen.ru/document/640_pp_2014-10-29 (дата обращения: 24.03.2016).
23. Приказ Минздравсоцразвития России от 06.08.2007 г. №525 «О профессиональных квалификационных группах и утверждении критериев отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.07.2016).
24. Приказ Минздравсоцразвития России от 06.08.2007 №526 «Об утверждении профессионально-квалификационных групп должностей медицинских и

фармацевтических работников». Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.02.2015).

25. Приказ Минздрава России от 15 октября 1999 года №377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс» (дата обращения: 08.04.2017).

26. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 09 июня 2012 года № 531 «О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 08.04.2017).

27. Приказ Департамента здравоохранения от 12.03.2014 г. № 228 «О выплатах стимулирующего характера врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и качества оказываемых услуг». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.09.2016).

28. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.07.2015 N 611 (с изм. от 11.05.2016) "Об утверждении показателей и порядка отнесения государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы к группам по оплате труда руководителей, а также групп по оплате труда руководителей государственных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы". [Электронный ресурс] // СПС «КонсультантПлюс»: Российское законодательство (бюджетные организации) (дата обращения: 21.06.2016).

29. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29 июля 2015 года № 632 (ред. от 01.08.2016) «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений

города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.09.2016).

30. Приказ Минздрава России от 28.06.2013 г. № 421 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.03.2014).

31. Приказ МЗ РФ «Об утверждении инструкций по расчету УЕТ работы врачей-стоматологов и зубных врачей» от 15.11.2001 г. № 408, пункт 11 приложения 1). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.10.2015).

32. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.05.2008 №247н «Об утверждении профессионально-квалификационных групп общеотраслевых должностей руководителей, специалистов и служащих» [Электронный ресурс] // Российская Газета. 04.07.2008. – Режим доступа: <https://rg.ru/2008/07/04/kvalifikaciya-dok.html> (дата обращения: 15.09.2014)

33. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.05.2008 №248н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп общеотраслевых профессий рабочих» [Электронный ресурс] // Российская Газета. 02.07.2008. – Режим доступа: <https://rg.ru/2008/07/02/gruppy-dok.html> (дата обращения: 15.09.2014).

34. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 10.02.2015).

35. Приказ Министерства образования и науки РФ от 8 ноября 2010 г. №1116 «О целевых показателях эффективности работы бюджетных образовательных учреждений, находящихся в ведении Министерства образования и науки

Российской Федерации» [Электронный ресурс] – Режим доступа://<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/55070102/>(дата обращения: 10.02.2015).

36. Приказ Минздравсоцразвития России от 11.01.2011 №1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов»; Постановление Минтруда РФ от 10.11.1992 №31 (ред. от 24.11.2008) «Об утверждении тарифно-квалификационных характеристик по общеотраслевым профессиям рабочих» [Электронный ресурс] // Российская Газета. 13.05.2011. – Режим доступа:<https://rg.ru/2011/05/13/pravochnik-dok.html>(дата обращения 15.07.2015)

37. Приказ Минздравсоцразвития России №338н от 21 апреля 2011 г. «О целевых показателях эффективности деятельности федеральных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и критериях оценки эффективности и результативности деятельности их руководителей, условиях премирования руководителей федеральных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» [Электронный ресурс] - Режим доступа: // <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/salary/47> (дата обращения: 10.02.2015).

38. Приказ Минздрава России от 13.11.2012 N 910н (ред. от 28.09.2016) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2012 N 26214).

39. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 г. №1706 "Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий ("дорожных карт") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение

эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 10.02.2015).

40. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29 июля 2015 года № 632 (ред. от 01.08.2016) «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 01.09.2016).

41. Приказ Минтруда России от 26.04.2013 г. №167н (ред. от 20.02.2014) «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта». Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения 15.10.2015).

42. Приказ Минздрава России от 28.06.2013 №421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 19.11.2015).

43. Приказ Департамента труда и занятости населения города Москвы от 31 октября 2014 г. №636 «Об утверждении Перечня видов выплат компенсационного характера применяемых в государственных учреждениях города Москвы» [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.dszn.ru/activities/trud_i_zaniatost_novye-sistemy-oplaty-truda/novaya-stranitsa.php. (дата обращения: 12.10.2015).

44. «Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 г.г.» (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р) [Электронный

ресурс] – Режим доступа: <http://правительство.рф/gov/results/21703/>(дата обращения: 10.10.2016).

45. «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденная постановлением Правительства РФ» от 18 октября 2013 г. № 932 – Режим доступа: дата обращения <http://base.garant.ru/70479406/>(дата обращения: 08.04.2017) .

46. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.03.2017).

47. Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 N 2190-р (ред. от 14.09.2015) «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы». Доступ из справ. - СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 23.08.2016).

48. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2017). Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 08.04.2017).

49. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»// Российская газета от 9 мая 2012 г. Федеральный выпуск №5775.

50. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2013 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Доступ СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2014).

51. Указания Департамента здравоохранения от 23.04.2013 г. № 60-18-565.

52. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации. Режим доступа: <https://rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html>(дата обращения: 10.03.2017).

53. Штатные нормативы медицинского персонала стоматологических поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек: Приложение № 1 и 2 к приказу МЗ СССР №950 от 01.10.1976 г. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://lawrussia.ru/texts/legal_310/doc310a672x748.htm/ (дата обращения: 15.03.2016).

Книги, научные статьи и диссертации

54. Анализ заработных плат специалистов в области стоматологии [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kaus-medicina.ru/consulting/commercial/material/26/> (дата обращения: 09.03.2015).

55. Анализ ситуации в сфере оплаты труда работников здравоохранения за первое полугодие 2015 года [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.przrf.ru/info/full/srednyaya_zarabotnaya_plata/Analiz-situacii-v-sfere-oplaty-truda-rabotnikov-zdravoohraneniya1/ (дата обращения: 01.09.2015).

56. Армстронг, М. Стратегическое управление человеческими ресурсами / М. Армстронг. Серия «Менеджмент для лидера». - Пер. с англ. - М.: ИНФРА-М, 2002. - VIII, 328 с.

57. Армстронг, М. Оплата труда: практическое руководство по построению оптимальной системы оплаты труда и вознаграждения персонала / М. Армстронг, Т. Стивенс. - пер. с англ. под ред. Т.В. Герасимовой. – Днепропетровск: Баланс Бизнес Букс, 2007. – 512 с.

58. Афонасенко, Е. В. Выплаты стимулирующего характера в новой системе оплаты труда медицинских работников / Е.В. Афонасенко // Научный журнал «Труд и социальные отношения». – М. : ИД «АТиСО». – 2013. - № 10. – С. 112.

59. Афонасенко, Е. В. Оценка возможности использования системы грейдов при оплате труда в бюджетных стоматологических учреждениях / Е.В. Афонасенко // Научно-аналитический журнал «Инновации и инвестиции». – М. : «КноРус». – 2013. - № 8. – С. 26.

60. Афонасенко, Е. В. Причины и особенности перехода бюджетных учреждений здравоохранения на «эффективный контракт» (совершенствование системы

оплаты) / Е. В. Афонасенко // Научно-практический журнал «Нормирование и оплата труда в промышленности». – М. : Издательский дом «Панорама». – 2015. - № 2. - С. 31.

61. Афонасенко, Е. В. Разработка имитационной модели управления оплатой труда персонала бюджетного учреждения здравоохранения / Е.В.Афонасенко // Научно-аналитический журнал «Инновации и инвестиции». – М. : «КноРус». – 2014. - № 3. - С. 34.

62. Афонасенко, Е. В. Реформирование системы оплаты труда работников бюджетной сферы как проявление социальной ответственности государства» / Е.В. Афонасенко // Сборник статей по материалам Международной научно-практической конференции «АТиСО». – М. : ИД «АТиСО», 2012. – С. 41.

63. Афонасенко, Е. В. Тенденции развития рынка труда медицинских работников / Е.В. Афонасенко // Сборник статей по материалам круглого стола «Российский рынок труда глазами молодых ученых» в рамках VII Фестиваля науки МГУ имени М.В. Ломоносова. – М. : Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012. – С. 28.

64. Афонасенко, Е. В. Управление деловой карьерой молодых специалистов в посткризисный период / Е.В. Афонасенко // Сборник статей по материалам I международной научно-практической конференции студентов, аспирантов, магистров и молодых ученых «Экономика России: посткризисный период». т.1, ГОУ ВПО «Российский экономический Университет им. Г.В. Плеханова», 2010.

65. Афонасенко, Е. В. Формирование политики вознаграждения как способ привлечения молодых специалистов в учреждения здравоохранения / Е. В. Афонасенко // Сборник статей по материалам круглого стола «Российский рынок труда глазами молодых ученых» в рамках VIII Фестиваля науки МГУ имени М.В. Ломоносова. – М.: Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, 2013.

66. Бабынина, Л. С., Одегов, Ю. Г. Эффективный контракт – система оплаты НПР вузов по показателям результативности / Л. С. Бабынина, Ю. Г. Одегов //

Образовательная среда сегодня: стратегии развития : материалы IV Междунар. науч.–практ. конф. (Cheboksary, 11 дек. 2015 г.) / редкол.: О. N. Shirokov [и др.]. — Cheboksary: ЦНС «Интерактив плюс», 2015. - № 3 (4). - С. 166–167. - ISSN 2411-8184. Режим доступа: [https:// interactive-plus.ru / en /conference / online](https://interactive-plus.ru/en/conference/online) (дата обращения: 07.04.2017).

67. Бабынина, Л. С. Новые понятия в оплате труда как предпосылки формирования компенсационной модели оплаты труда / Л.С. Бабынина // Нормирование и оплата труда в промышленности. – 2013. - № 6. – С. 16-27.

68. Бабынина, Л. С. Компенсационная модель оплаты труда: теория, методология и корпоративный опыт: дис... д-ра экон. наук: 08.00.05 / Л. С. Бабынина. – М., 2012. – 427 с.

69. Бобков, В. Н. Комплексная политика регулирования затрат на рабочую силу на основе восстановительных и развивающих потребительских бюджетов / В. Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – 2007. - № 6. – С. 5-10.

70. Бобков, В. Н. Социальные стандарты оплаты труда и формирование инновационного общества / В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – 2009. - № 10-11. – С. 3-9.

71. Бодрова, О. А. Оптимизация оплаты труда на основе системы грейдов: автореф. дис. ... канд. экон. наук: / Бодрова О. А. – М. : ФГОУ ВПО «Российский государственный университет туризма и сервиса», 2008. – С.25.

72. Бойков, В. И. Оценка нагрузки и нормирование труда врачей-стоматологов-хирургов: Автореф. дис. ...канд. экон. наук / Бойков Валентин Игоревич. – М., 2012.

73. Большой экономический словарь / Под ред. А.Н. Азрилияна. – М.: Институт новой экономики, 2008.

74. Бугров, Д. Метрика эффективности / Д. Бугров // Вестник McKinsey. – 2003. - № 1(3).

75. Бутова, В. Г. О законопроекте об обязательном медицинском страховании в РФ. / В.Г. Бутова // Экономика здравоохранения. – 2010. - № 2. – С. 12-14.

76. Вагнер, В. Д. Пути совершенствования стоматологической службы / В.Д. Вагнер, Б.Ц. Нимаев, Е.А. Ахметов // Стоматология для всех. – 2006. - № 1(34). – С. 4-5.
77. Верлоцкий, А. Е. Биография Павла Георгиевича Дауге. / А. Е. Верлоцкий // Одонтология и стоматология. – 1928. - № 2. – С. 10-13.
78. Ветлужских, Е. Стратегическая карта, системный подход и КРІ. Инструменты для руководителей / Е.Ветлужских. – М.: Изд-ва: Альпина Бизнес Букс, Альпина Паблшерз, 2008. – С. 8.
79. Волгин, Н. А. Оплата труда: производство, социальная сфера, государственная служба: анализ, проблемы, решения / Н. А. Волгин. – М. : Экзамен, 2003. – 19 с.
80. Волгин, Н. А. Отечественный и зарубежный опыт регулирования оплаты труда в реальном секторе экономики / Н. А. Волгин // Нормирование и оплата труда в промышленности. – 2013. - № 3. – С. 12-19.
81. Габуева, Л. А. Оплата труда персонала медицинских организаций: эффективный контракт: методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зимина. – Москва: Проспект, 2015. – 53 с.
82. Габуева, Л. А. Практическая реализация эффективного контракта: оптимизация штатных расписаний в 2015-2016 гг., нормирование труда и совершенствование оплаты труда работников здравоохранения / Лариса Аркадьевна Габуева. – Москва, Академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ.
83. Газета.ру [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.gazeta.ru/> (дата обращения: 01.04.2016 г.).
84. Гайдаров, Г. М. Дифференцированная оплата труда медицинских работников стационаров в зависимости от объема и качества работы / Г.М. Гайдаров, С.Н. Смирнов, И.С. Кицул, Н.Н. Абашин. - Иркутск, 1999. – 104 с.

85. Гайдаров, Г. М. Оплата труда медицинских работников в условиях рынка: учебно-методическое пособие / Г. М. Гайдаров, Н. И. Соколовская. – Иркутск, 2006. – С. 28.
86. Генкин, Б. М. Организация, нормирование и оплата труда на промышленных предприятиях: учебник / Б. М. Генкин. - 3-е изд., доп. – М. : Норма, 2007.
87. Гуськова, И. В. Трансформация рынка труда России / И. В. Гуськова. – Нижний Новгород: НИМБ, 2010.
88. Дауге, П. Г. Соч.: Социальные основы советской стоматологии / П.Г. Дауге. - М., 1933 г., М., 1934.
89. Дефицит кадров в стоматологии. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kaus-medicina.ru/consulting/material/52/> (дата обращения: 09.03.2015).
90. Долженкова, Ю. Отбор рабочих на промышленных предприятиях / Ю. Долженкова, Л. Азямова // Справочник по управлению персоналом. – 2009. - № 2. – С. 42-47.
91. Долженкова, Ю. В. Graduate Recruitment: даешь молодежь! / Ю. В. Долженкова, В. А. Куцевол // Кадровик. Рекрутинг. – 2010. - № 6(2). – С.27-32.
92. Долженкова, Ю. В. Основы рекрутмента: монография / Ю. В. Долженкова. – М. : ИД «АТИСО», 2011.
93. Егоршин, А. П. Мотивация трудовой деятельности / А. П. Егоршин. – Нижний Новгород: НИМБ, 2003. – 114 с.
94. Жуков, А. Л. Аудит человеческих ресурсов организации: уч. пособие / А. Л. Жуков. – М. : Издательство «МИК», 2010. – 256 с.
95. Жуков, А. Л. Аудит заработной платы и социальных выплат: [Электронный ресурс] / А. Л. Жуков // Справочник кадровика. Режим доступа: <http://info.minfin.ru/> (дата обращения: 23.05.2015).
96. Жуков, А. Л. Грейдирование как эффективный инструмент дифференциации базовых окладов [Электронный ресурс] / А. Л. Жуков // Нормирование и оплата труда в промышленности. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22656645/>(дата обращения: 15.03.2016).

97. Жуков, А. Л. Новая система оплаты труда работников бюджетной сферы: ключевые показатели эффективности / А. Л. Жуков // Справочник кадровика. - 2014.
98. Жуков, А. Л. Регулирование и организация оплаты труда / А.Л. Жуков. – М. : МИК, 2003. – С. 11.
99. Жуков, А. Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: Монография / А. Л. Жуков (гл.1-7), Д. В. Хабарова (гл.7). - М. : ИД «АТиСО», С. 299-301.
100. Жуков, А. Л. Социальное партнерство – ключевое звено в механизме регулирования заработной платы / А.Л. Жуков // Труд и социальные отношения. – 2012. - № 3. – С. 4-15.
101. Жуков, А. Л. Сбалансированная система показателей как ключевой инструмент построения эффективной модели стимулирования персонала / А. Л. Жуков // Нормирование и оплата труда в промышленности. – 2013. - № 7. – С. 12-19.
102. Зернова, И. С. Переход на новые системы оплаты труда [Электронный ресурс] / И. С. Зернова // Оплата труда: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2008. – Режим доступа: <http://www.hr-portal.ru/article/perehod-na-novye-sistemy-oplaty-truda> (дата обращения: 07.04. 2017).
103. Изменения в статусе бюджетных учреждений. [Электронный ресурс]. Режим доступа <http://tfolio.ru/item/o5In> (дата обращения 08.04.2017).
104. Изучение затрат рабочего времени работников учреждений здравоохранения в целях нормирования: метод. указания. – М., 1979. – 41 с.
105. Инструкция по нормированию труда врачей амбулаторного приема. – М., 1989. – 65 с.
106. Информация о социально-экономическом положении России. – М. : Росстат. Январь 2013.

107. Каковы особенности анализа финансовых показателей подразделений поликлиники и стационара [Электронный ресурс]. Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. Режим доступа: <http://www.zdrav.ru/> (дата обращения: 26.02.2014).
108. Каплан, Р., Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию / Р. Каплан, Д. Нортон. – 2-е изд., испр. и доп. / Пер. с англ. – М.: ЗАО «Олимп–Бизнес», 2003.
109. Кибанов, А. Я. Основы управления персоналом: учебник / А.Я. Кибанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ИНФРА-М, 2007. – 447 с.
110. Кибанов, А. Я. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности: учебник / А. Я. Кибанов, И. А. Баткаева. – М. : Инфра-М, 2009. – 524 с.
111. Кибанов, А. Я., Мотивация и стимулирование трудовой деятельности: учебник / А. Я. Кибанов, И. А. Баткаева, Е. А. Митрофанова, М. В. Ловчева; под ред. А. Я. Кибанова. – М. : ИНФРА-М, 2011. – 524 с.
112. Кицул, И. С. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы / И. С. Кицул, Д. В. Пивень, С. О. Даценко // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 30-35.
113. Клемин, В. А. Принципы оценки и хронометраж определения стоматологического статуса зубов с дефектом твердых тканей зубов: монография / В. А. Клемин, В. А. Лабунец, В. В. Кубаренко. – Издательство: Ленанд. – 2010. – 208 с.
114. Ковальский, В. Л. Научное обоснование концептуальной модели реформирования стоматологической помощи детскому населению крупных городов: дисс. д-ра мед. наук / В.Л. Ковальский. - 2002. – 292 с.
115. Колосницына, М. Г. Новая оплата труда в медицинских учреждениях: есть ли результат? [Электронный ресурс] / М. Г. Колосницына // - Режим доступа: <https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/67192575> (дата обращения: 15.02.2016).

116. Колосницына, М. Г. Реформирование оплаты труда в государственном секторе (на примере медицинских учреждений трех российских регионов) / М.Г. Колосницына, Е.Н. Владимирская // Вопросы статистики. 2010.- № 11. - С. 38-46.
117. Колосова Р.П., Василюк Т.Н., Артамонова М.В., Луданик М.В. Экономика персонала: Учебник.-М.: ИНФРА-М, 2010. – 896с.
118. Корнеева, И.В., Русакова, Г.Н. Система ключевых показателей эффективности управления персоналом (KPI), особенности ее использования//Нормирование и оплаты труда в промышленности. 2017. - №3. – С.13-18.
119. Корнеева, И.В. Совершенствование структуры заработной платы в условиях повышения трудовой активности работников // Нормирование и оплата труда в промышленности. 2016. - №11. – С.30-35.
120. Корнеева, И.В. Постановка системы грейдинга при переходе к устойчивому развитию // Управленческие науки в современном мире.2016.Т.2. - С.451-454.
121. Контроллинг и аудит персонала: учебник / под ред. В. С. Половинко. – Омск: Изд-во Ом. Гос. Ун-та, 2007. – С. 429.
122. Косенко, А. А., Разработка системы стимулирования медицинского персонала к повышению доступности и качества медицинской помощи / А. А. Косенко // Заместитель главного врача. 2014. - № 4 – С.86.
123. Курбатова, М. В. Эффективный контракт в системе высшего образования РФ: теоретические подходы и особенности институционального проектирования / М. В. Курбатова, С. Н. Левин // JOURNAL OF INSTITUTIONAL STUDIES (Журнал институциональных исследований); том 5, - № 1. - 2013 Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/data/2013/08/12/1251248848/jis5.1-4.pdf>(дата обращения: 08.04.2017).
124. Кязимов, К. Г. Социальное партнерство: теория и практика / К. Г. Кязимов. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : МИК, 2011.

125. Лапина, Т. А. Организационно-методические основы внедрения эффективного контракта в бюджетных учреждениях здравоохранения / Т. А. Лапина, Е.И. Зательмаер // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». - 2015. - № 4. - С. 143–148.
126. Леонтьев, О. В. Юридические основы медицинской деятельности: уч. пособие / О. В. Леонтьев. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 128 с.
127. Линок, И. А.. Оптимизация управления ресурсами в здравоохранении: Автореф. дис. ... / Линок Игорь Алексеевич. – Кемерово, 2007.
128. Макаров, С. В. Новые системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения / С. В. Макаров, Т. И. Алексеевская. – Иркутск, 2012. – 81 с.
129. Максимова-Ладьяна, Н. И. Современные тенденции развития систем здравоохранения за рубежом: "Вопросы и ответы" / шеф-редактор Н.Г. Куракова.
130. Мескон, М. Х, Альберт М., Хедаури Ф. Основы менеджмента / М. Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедаури. - пер. с англ. – «Дело», 1992. – 262 с.
[//http://mindspace.ru/blog_id=413.html](http://mindspace.ru/blog_id=413.html)
131. Милкович, Д. Т. Система вознаграждения и методы стимулирования персонала; пер. с англ. / Д. Т. Милкович, Д. М. Ньюман. - СПб. : Вершина, 2009.
132. Миняева, В. Л. Общественное здоровье и здравоохранения / В. Л. Миняева // <http://profstandart.rosmintrud.ru/>
133. Митрофанова, Е. А. Управление персоналом: теория и практика. Аудит, контроллинг и оценка расходов на персонал: учебно-практическое пособие / Е. А. Митрофанова, Е. А. Софиенко; под ред. А. Я. Кибанова. – Москва: Проспект, 2012. – С. 80.
134. Мозолин, А. В. Внедрение сбалансированной системы показателей: методические рекомендации / А. В. Мозолин. – Екатеринбург: Исследовательский центр АНАЛИТИК, 2007.
135. Москвитина, Н. А. Материальное стимулирование работников учреждений здравоохранения (проблемы и пути решения): дис. ... канд. экон. наук / Москвитина Наталья Анатольевна. – Москва, 2013.

136. Новикова, Н. Н. Инвестиционная привлекательность: методика для привлечения инвесторов, стратегия планирования, мониторинг инвестиционной среды / Н. Н. Новикова, Г. Г. Модорская, А. А. Меркушева, Н. В. Шестакова, П. А. Лях. – Пермь, 1994.
137. Нормирование труда медицинского персонала стоматологической службы / Н. Е. Порада, А. И. Седых, В. В. Антипов, Е. А. Сидорович, А. Г. Коренев // [Электронный ресурс] Режим доступа: www.przrf.ru (дата обращения: 15.01.2014).
138. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. В. А. Миняева. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 656 с.
139. Миняева, В. Л. Общественное здоровье и здравоохранения / В. Л. Миняева // <http://profstandart.rosmintrud.ru/>
140. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын. – М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 512с.
141. Одегов, Ю. Г. Мотивация трудовой деятельности / Ю. Г. Одегов, А. А. Федченко, Е. С. Дашкова. – М. : Альфа-Пресс, 2009. – С. 80-82.
142. Одегов, Ю. Г Экономика персонала / Ю. Г. Одегов, Г. Г. Руденко, А. А. Федченко. Ч. 2. – М. : Издательство «Альфа-Пресс», 2009. – 1312 с.
143. Одегов, Ю. Г. Экономика труда: учебник в 2т. Т.1. / Ю. Г. Одегов, Г. Г. Руденко, Л. С. Бабынина. – М. : Издательство «Альфа-Пресс», 2007. - С. 30-31.
144. Оловянишникова, И. В. Управление учреждениями здравоохранения в современных условиях хозяйствования / И. В. Оловянишникова // Вектор науки ТГУ. – 2012. - № 1(19).
145. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.zdrav74.ru> (дата обращения: 18.02.2015).
146. Организация стоматологической помощи населению: учебное пособие для врачей-стоматологов / под ред. А. С. Оправина, А. М. Вязьмина. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2011. – 519 с.

147. Основы нормирования труда врачей амбулаторно-поликлинических учреждений: учебно-методическое пособие / Э. А. Вальчук, Ф. П. Царук, А. В. Рожко, А. Э. Вальчук. – Минск, 1997. – 23 с.
148. Основы менеджмента / Майкл МЕСКОН, Майкл АЛЬБЕРТ, Франклин ХЕДОУРИ. Перевод с английского. - Академия народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации.
149. Особенности выплат стимулирующего характера в рамках введения эффективного контракт / Ф. Н. Кадыров. [Электронный ресурс] // Журнал «Здравоохранение». – Режим доступа: [www. przspb.ru](http://www.przspb.ru) (дата обращения: 15.02.2015).
150. Оценка врачами-стоматологами качества оказания стоматологической помощи населения / С. В. Шульган, Т. В. Калинина, А. М. Матвеев // Современная стоматология. – 2013. - № 1.
151. Парыгина, Н. М. Проблемы бюджетного учета медицинских услуг в клинических диагностических центрах / Н. М. Парыгина // Актуальные проблемы социально-экономического развития России. - 2010. - № 4. - С. 15-20.
152. Переход учреждений здравоохранения на новые системы оплаты труда как основа реализации профилактического направления в медицине / Л. П. Пчела // Главврач. – 2010. - № 5.
153. Пивень, Д. В. Одноканальное финансирование – миф или реальность? / Д. В. Пивень, П. Е. Дудин // Менеджер здравоохранения. 2011- 3 -5. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.idmz.ru/idmz_site.nsf/pages/mz.htm (дата обращения: 05.03.2015).
154. Пирогов, М. В. Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике / М. В. Пирогов // – 2014. - № 3.
155. Пироговский, М. Л. Ресурсы экономических служб в медицинских учреждениях [Текст] / М. Л. Пироговский // Новые задачи современной медицины: материалы II междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). - СПб. : Реноме, 2013. - С. 75-78.

156. Подушевой норматив: типология, содержание, условия реализации / Тема: Оплата труда и мотивация // Журнал "Здравоохранение". – 2014.
157. Практические вопросы построения систем оплаты труда работников учреждений бюджетной сферы: учебно-методическое пособие. – Иркутск, 2009.
158. Проблемы кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения / Л. В. Шубцова, Н. А. Махнова // Фундаментальные исследования. – 2014. - №12.
159. Проблемы мотивации медицинского персонала / Ю. А. Афонин, Р. Р. Сагдеев // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2012. - №7(93).
160. Рамперсад Хьюберт К. Индивидуальная сбалансированная система показателей. Путь к личному счастью, гармоничному развитию и росту эффективности организации / Пер. с англ. – М. : «Олимп-Бизнес», 2005.
161. Регель, Н. Д. Оплата труда как фактор мотивации в сфере здравоохранения в России. [Электронный ресурс] / Н. Д. Регель // – Режим доступа: <https://www.hse.ru/data/> (дата обращения: 31.05.2016).
162. Реформа оплаты труда в бюджетной сфере / А. Л. Жуков // Справочник кадровика. – 2013. - № 10. – С. 106-118; Правовые вопросы в здравоохранении. – 2013. - № 11. – С. 22-34.
163. Рофе, А. И. Экономика труда / А. И. Рофе, В. Т. Стрейко, Б. Г. Збышко. – М. : МИК, 2000. – С. 96.
164. Роцин, С. Ю. Экономика труда: экономическая теория труда / С. Ю. Роцин, Т. О. Разумова . – М. : ИНФРА-М, 2000. – 176 с.
165. Рубрика «Консультирует Менеджер здравоохранения» / шеф-редактор Н. Г. Куракова // Менеджер здравоохранения. – 2013. - № 2. – 66 с.
166. Руденко, Г. Г. Повышение эффективности трудовой деятельности персонала на основе его оценки (методический аспект) / Г. Г. Руденко, В. В. Павлова // Нормирование и оплата труда в промышленности. – 2013. - № 2. – С. 42-45.

167. Садовский, В. В. Стоматология в «4 руки» [Электронный ресурс] / В. В. Садовский // Режим доступа: <http://www.prostomatology.ru/> (дата обращения: 15.02.2015).
168. Самраилова, Е. К. Анализ эффективности использования персонала: учебное пособие / Е. К. Самраилова. – М. : АТиСО, 2004.
169. Сафонов, А. Л. Оценка системы оплаты труда, условий труда и кадрового потенциала медицинских работников в условиях реформирования сферы здравоохранения: монография / д.э.н. А. Л. Сафонов, А. А. Далецкий, Н. А. Мазина. – М. : ИИЦ «АТиСО», 2016. С. 58-59.
170. Свергун, О. HR-практика. Управление персоналом: как это есть на самом деле / О. Свергун, Ю. Пасс, Д. Дьякова, А. Новикова. – С-Петербург: Питер, 2005.
171. Селин, В. А. Организация оплаты труда современных условиях: проблемы и перспективы развития [Электронный ресурс] / В. А. Селин // Вестник-экономист. – 2011. - № 1. – Режим доступа: <http://vseur.ru> (дата обращения: 11.09.2014).
172. Соловьева, В. Ю. Развитие финансового обеспечения системы здравоохранения / В. Ю. Соловьева // Молодой ученый. - 2013. - №5. т.1. - С. 224-226.
173. Социальные расходы в России: федеральный и региональные бюджеты. – М.: НИУ ВШЭ, 2015. Режим доступа: <https://www.hse.ru/data/2015/05/20/1097292445>.
174. Смит, А. Исследование о природе и причинах богатства народов / А. Смит. – М. : ЭКСМО, 2007.
175. Стародубов, В. И. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2013.- № 3. – С. 6.
176. Струмилин, С. Г. Проблемы экономики труда [Электронный ресурс] / С. Г. Струмилин. - М. : НАУКА, 1982. с. 463. Режим доступа: http://www.kodges.ru/econom/other_econom/20744-problemy-jekonomiki-truda.html (дата обращения: 08.04.2017).

177. Супрун, Т. П. Классификация должностей и профессий как инструмент управления персоналом / Т. П. Супрун, Т. Г. Мясоедова // Менеджмент в России [Электронный ресурс]. – 2003. – Режим доступа: <http://www.dis.ru/manag/arhiv/2003/5/13.html>. – (дата обращения: 24.05. 2007).
178. Управление персоналом: учебник / Под ред. А. Я. Кибанова. – М. : ИНФРА-М, 2005. – 494 с.
179. Уровень оплаты труда в экономике России. Бюллетень «Проблемы социальной политики». – 2012. Выпуск №4.
180. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении): препринт WP8/2011/12 [Текст] / М. Г. Колосницына, Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, А. Л. Темницкий, И. М. Шейман, С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. С. 8-9.
181. Федеральная государственная служба статистики. Официальный сайт. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>(дата обращения: 03.09.2016).
182. Финансовые средства медицинских учреждений: учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов заочной формы обучения по направлению подготовки бакалавров 080100.62 Экономика. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, – 2014. – 33 с.
183. Фурсенко, С. Н. Совершенствование системы ценообразования на платные медицинские услуги: автореф. дис. канд. мед. наук / Фурсенко Сергей Николаевич. – Москва, 2012.
184. Характеристика врачебного состава стоматологических учреждений разных организационно-правовых форм / д-р мед. наук, проф. В. М. ГРИНИН, канд. мед. наук, доц. Б. М. КАПЛАН, канд. мед. наук, асс. Г. С. ТУМАСЯН, канд. мед. наук, доц. Р. Т. БУЛЯКОВ, канд. мед. наук М. С. САРКИСЯН, Ю. В. ЕРМАКОВ // РОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. – 2011. - № 3.

185. Хендерсон, Р. И. Компенсационный менеджмент / Р. И. Хендерсон; пер. с англ.- Спб. : Питер, 2004. 871 с.
186. Цимбалюк, С. Грейдовая система оценивания должностей и оплаты труда: методология, методика, практика [Электронный ресурс] / С. Цимбалюк // Режим доступа://<http://www.hrliga.com/index.php?module=profession&op=view&id=1317> (дата обращения: 12.03.2014).
187. Чемяков, В. П. Грейдинг: технология построения системы управления персоналом / В. П. Чемяков. – М. : Вершина, 2007. – 208 с.
188. Чернышев, В. М. Дифференцированная оплата труда в здравоохранении / В. М. Чернышев, О. В. Стрельченко, А. Л. Заиграев, О. В. Пушкарев, Л. В. Парамонова, А. Ю. Гендлин. – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск, 2011. – 122 с.
189. Шапиро, С.А. Мотивация и стимулирование персонала / С.А. Шапиро. – М. : ГроссМедиа, 2006. – 224 с.
190. Экономика здравоохранения: учебное пособие / В. А. Решетников, В. М. Алексеева, Е. В. Галкин. – М. : «ГЭОТАР-медиа», 2007. – 272 с.
191. Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.
192. Экономический анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения / под ред. Б. Е. Романова. – Петрозаводск: изд-во Петрозаводского государственного университета, 2009. – 43 с.
193. Эффективный бюджетник [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.vz.ru/economy/2012/7/11/588045.html> (дата обращения: 13.02.2014).
194. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски [Электронный ресурс] / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров. - Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnyy-kontrakt-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 10.11.2015).

195. Яковлев, В. Ю. Преимущества и недостатки применения сбалансированной системы показателей в условиях российского бизнеса / В. Ю. Яковлев // Российское предпринимательство. – 2008. - № 2. – С. 78-90.
196. Яковлев, Р. А. Концепция реформирования, заработной платы / Р. А. Яковлев. – М.: НИИ труда, 1998. – 159 с.
197. Яковлев, Р. А. Разработка теоретических и методологических положений в области оплаты труда: вклад Института труда / Р. А. Яковлев // Человек и труд. – 2010. - №11. С. 43-49.
198. Afonassenko, E. V. Wage differentials between the state and private sectors in Moscow: Сборник по материалам 3-й Межвузовской конференции «АТиСО» / E.V. Afonassenko. – М. : ИД «АТиСО». – 2014.
199. Kaplan, R. S., Norton D. P. Using the balanced scorecard as a strategic management system // Harvard business review. – 1996. – т. 74. – №. 1. – С. 75-85.
200. Shaw J.D., Gupta N., Delery J.E. (2002). Pay dispersion and work force performance: Moderating effects of incentives and interdependence. Strategic Management Journal Vol.23, С. 491-512.
201. Human Development Report 2014, Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience Published for the United Nations Development Programme (UNDP). – 226 с.
202. Lawler, E.E. (1994). From job-based to competency-based organizations. Journal of Organizational Behavior, no. 15(1).

Приложение А
(рекомендуемое)

**Рекомендуемая форма дополнительного соглашения к
Трудовому договору с работником**

**Дополнительное соглашение к трудовому договору
№ ____ от «» _____ года**

Ф.И.О.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы» в лице главного врача _____, действующего на основании устава, далее именуемое «Работодатель», с одной стороны, и _____, далее именуемый (-ая) «Работник, заключили настоящее дополнительное соглашение об изменении условий ранее заключенного трудового договора о нижеследующем.

1. Работник с « » _____ года в соответствии с распоряжением Правительства Москвы от 02.04.2013 г. №178-РП «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») переводится на эффективный контракт.

2. Показателями и критериями оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат для должности, которую занимает работник являются:

1. *Выполнение плановых объемов по оказанию услуг в системе ОМС.*
2. *Полное и качественно оформление следующей медицинской документации:*
 - 2.1. *Учетная форма № 043/у-04 «Медицинская карта стоматологического больного»*
 - 2.2 *Учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента»*
3. *Своевременная сдача и правильное оформление*
 - 3.1. *Форма № 039-2-у-88 «Сводная ведомость».*
 - 3.2. *Учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента»*
 - 3.3 *Учетная форма № 043/у-04 «Медицинская карта стоматологического больного» санированных пациентов.*
4. *Отсутствие обоснованных жалоб на специалиста за прошедший месяц.*
5. *Выполнение норм этики и деонтологии.*

Таблица А.1 – Критерии оценки

Наименование критерия	Показатель в процентах для целей стимулирования
Выполнение нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста исходя из функции врачебной должности	За каждые 10% невыполнения до 10% от расчетной величины стимулирующей выплаты
Осложнения при проведении операций, лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации (для врачей-специалистов хирургического профиля), от общего числа проведенных операций, лечебно-диагностических манипуляций	За отклонение - не менее 5%
Активное посещение детей-инвалидов на дому	За отклонение - не менее 5%
Обеспечение преемственности на различных этапах лечения	За отклонение - не менее 5%
Наличие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации	Наличие обоснованных жалоб на действия (бездействие) работников от пациентов, администрации снижение до 10%
Процент случаев некачественного оформления медицинской документации от общего количества случаев оформленной медицинской документации	За отклонение - не менее 5%
Наличие случаев нарушения санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	несоблюдения санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима – до 5-25%
Отсутствие нарушений трудовой дисциплины и нареканий со стороны непосредственного руководителя	При наличии случаев трудовой дисциплины до 5% от расчетной величины выплаты. Невыполнение распоряжений руководства – до 10%. Несоблюдение правил охраны труда – до 5%; Несоблюдение требований ГО и ЧС – до 5%.
Положительные результаты медико-экономической экспертизы страховых компаний	При наличии отрицательных показателей медико-экономических экспертиз страховых компаний – размер снижения до 5%
Отсутствие поломок медицинского оборудования по вине медицинского персонала	Рассматривается индивидуально в каждом конкретном случае, но не менее 5%
Положительные заключения и акты контролирующих органов	За отрицательные акты - не менее 5%
Всего:	100%

3. Порядок и условия выплаты стимулирующих выплат определяются локальными нормативными актами Работодателя (положением об оплате труда,

положением о материальном стимулировании и т.п.), а также нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

4. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах для Работника и для Работодателя. Оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

Подписи сторон

Работник

_____ //

Работодатель

Главный врач _____ //

2-й экземпляр на руки получила _____ //

Дополнительное соглашение к трудовому договору

№ ___ от «» _____ года

Ф.И.О.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы» в лице главного врача _____, действующего на основании устава, далее именуемое «Работодатель», с одной стороны, и _____, далее именуемый (-ая) «Работник, заключили настоящее дополнительное соглашение об изменении условий ранее заключенного трудового договора о нижеследующем.

1. Работник с «» _____ года в соответствии с распоряжением Правительства Москвы от 02.04.2013 г. №178-РП «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») переводится на эффективный контракт.

2. Показателями и критериями оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат для должности, которую занимает работник являются:

- 2.1. Выполнение в полном объеме своих обязанностей по организации приема и помощи врачу-специалисту.
- 2.2. Выполнение всех санитарных правил (отсутствие замечаний по санэпидрежиму)
- 2.3. Выполнение норм этики и деонтологии.
- 2.4. Отсутствие обоснованных жалоб за прошедший месяц.
- 2.5. Выполнение плановых показателей врачом, с которым работают.

Таблица А.2 – Критерии оценки

Наименование критерия	Показатель в процентах для целей стимулирования
Наличие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации	Наличие обоснованных жалоб на действия (бездействие) работников от пациентов, администрации снижение до 10%
Процент случаев некачественного оформления медицинской документации от общего количества случаев оформленной медицинской документации	За отклонение - не менее 5%
Наличие случаев нарушения санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	несоблюдения санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима – до 5-25%

Продолжение таблицы А.2

Отсутствие нарушений трудовой дисциплины и нареканий со стороны непосредственного руководителя	При наличии случаев трудовой дисциплины до 5% от расчетной величины выплаты. Невыполнение распоряжений администрации учреждения и непосредственного руководства – до 10%. Нарушение правил охраны труда – до 5%; Несоблюдение требований ГО и ЧС – до 5%.
Отсутствие поломок медицинского оборудования по вине медицинского персонала	Рассматривается индивидуально в каждом конкретном случае, но не менее 5%
Положительные заключения и акты контролирующих органов	За отрицательные акты - не менее 5%
Всего:	100%

3. Порядок и условия выплаты стимулирующих выплат определяются локальными нормативными актами Работодателя (положением об оплате труда, положением о материальном стимулировании и т.п.), а также нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

4. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах для Работника и для Работодателя. Оба экземпляра имеют равную юридическую силу.

Подписи сторон

Работник

Работодатель

_____ //

Главный врач _____ //

2-й экземпляр на руки получила _____ //

Приложение Б
(рекомендуемое)

ПОЛОЖЕНИЕ

об оплате труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг

I. Настоящее Положение определяет порядок оплаты труда штатных работников ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ», занятых оказанием детскому населению платных медицинских услуг на основании приказа Департамента здравоохранения города Москвы № 1006 от 04.10.2012г. «Об утверждении правил представления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказа ДЗМ № 944 от 02.10.2013г. «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы», приказа ДЗМ № 1448 от 12.12.2012 г., приказа ДЗМ № 357 от 16.04.2013г. «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 1448 от 12.12.2012г.».

II. Распределение денежных средств на оплату труда работников, оказывающих платные медицинские услуги, производится с учетом индивидуального вклада сотрудников, участвующих в процессе оказания медицинских услуг.

Расходование денежных средств, получаемых от оказания платных медицинских услуг, осуществляется следующим образом:

Доход – 100%.

Из него выплачиваются:

Таблица Б.1

Услуги связи, коммунальные услуги, текущие расходы, прочие услуги	-	10,0 %
<i>Фонд оплаты труда (в том числе начисления на заработную плату)</i>	-	60,0 %
Другие расходы (медикаменты, стоматологические материалы, оборудование)	-	30,0%

III. Распределение фонда заработной платы:

Таблица Б.2

Врач-стоматолог-ортодонт	- 25,0 % от суммы наработки
Техник	- 20,0 % от суммы наработки
Врач-стоматолог детский, врач-стоматолог-хирург, зубной врач	- 22,0 % от суммы наработки
Заведующий отделением 2	- 1,5 % от суммы наработки врачей отделения
Заведующий отделением 3	- 1,0 % от суммы наработки врачей отделения
Медицинская сестра	- 5,0 % от суммы наработки врача
Прожджение таблицы	
Санитарка	- 3,0 % от суммы наработки врача
Рентгенолаборант	- 15,0 % от суммы наработки
Главная медицинская сестра	- 0,75 % от общего дохода
Бухгалтер по расчету заработной платы	- 1,0 % от общего дохода
Бухгалтер по учету материальных ценностей	- 0,5 % от общего дохода
Заместитель главного врача по экономическим вопросам	- 0,75 % от общего дохода
Главный бухгалтер	- 1,5 % от общего дохода
Медицинский регистратор, занятый оказанием платных услуг	- 0,5 % от общего дохода
Заместитель главного врача по медицинской части	- 0,75 % от общего дохода

IV. Поощрительный фонд в размере 5 % от начисленной заработной платы выплачивается прочему персоналу, но только после восстановления затрат.

Стимулирующая выплата главному врачу устанавливается в размере до 5,0 % от начисленной заработной платы по оказанным платным услугам сверх утвержденной кратности по оплате труда руководителя.

Средства, направляемые в ФОТ для оплаты труда иных работников, в том числе работников администрации Учреждения, распределяются на основании решения комиссии по материальному стимулированию.

Условия оплаты труда могут быть изменены Работодателем с сообщением об этом на собрании коллектива.

При совмещении работникам вакантных должностей или замещении временно отсутствующих, оплата производится в пределах суммы, направляемой на оплату, по этим должностям, согласно Положению.

Выплаты производятся с учетом наличия финансовых средств, максимальным размером не ограничены

Приложение В

(обязательное)

Анализ трудовой деятельности медицинских работников ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 26» ДЗМ с использованием метода хронометражных наблюдений

ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЙ № _____ наблюдатель № _____

ФИО наблюдаемого Шпырка Людмила Петровна, Медицинская организация ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ»

Специальность врач-стоматолог детский

Лечение среднего кариеса

Дата 14.02.2014

Таблица В.1 - КАРТА ХРОНОМЕТРАЖНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

NN п/п	Текущее время			Продолжит ельность (сек)	Наименование элемента трудовой операции (что наблюдалось)	Номер карты амбулаторного пациента
	час	мин	сек			
1	2	3	4	5	6	7
1	09	00	00	20	Вызов пациента, посадка в кресло, надевание гигиенической салфетки	№ 014/08
2	09	00	20	25	Подготовка рабочего места врача (раскладка инструментария, надевание перчаток, маски, регулирование положения пациента в кресле)	
3	09	00	45	120	Выяснение жалоб у пациента или у родителей пациента (законных представителей)	
4	09	02	45	65	Осмотр, зондирование	
5	09	03	50	55	Определение гигиенических индексов	
6	09	04	45	55	Постановка диагноза	

7	09	05	40	120	Объяснение ребенку необходимости лечения зубов («уговоры»)	
8	09	08	00	50	Подбор необходимого инструментария, материалов	
9	09	08	50	120	Проведение местной анестезии	
10	09	10	50	65	Подготовка поля, изоляция полости, установка слюноотсоса	
11	09	11	55	40	Препарирование полости	
12	09	12	35	15	Промывка полости	
13	09	12	50	60	Остановка кровотечения, промывка полости	
14	09	13	50	20	Высушивание полости	
15	09	14	10	10	Освобождение полости	
16	09	14	20	15	Проверка окклюзии и его коррекция	
17	09	14	35	10	Смена полировочных инструментов в наконечнике	
18	09	14	45	60	Полировка и шлифовка пломбы	
19	09	15	45	30	Окончательное отсвечивание фотополимеризатором	
20	09	16	15	70	Совет пациенту (родителям или законному представителю)	
21	09	17	25	155	Заполнение медицинской документации	
22	09	20	00	30	Свертывание рабочего места, сбор инструментария для последующей стерилизации	

Приложение Г

(обязательное)

Критерии и показатели эффективности деятельности для назначения стимулирующей выплаты за интенсивность и высокие результаты труда

Таблица Г.1 – для должности заместитель главного врача по медицинской части

Наименование критерия	Баллы
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Выполнение коллективом поликлиники производственного плана и других договорных обязательств	от 1 до 5
Анализ статистических данных работы поликлиники, выполнение всех указанных в приказах Департамента здравоохранения г.Москвы и Министерства здравоохранения РФ нормативов	от 1 до 5
Соблюдение сроков и порядка предоставления отчетности	от 1 до 5
Отсутствие выявленных нарушений по результатам проверки контролирующих органов	от 1 до 5
Контроль за объемом государственного задания – обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г.Москве	от 1 до 5
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов (по результатам рассмотрения врачебной комиссии) на работу поликлиники	от 1 до 5
Отсутствие замечаний профильного подразделения Департамента/Дирекции в части предоставления учреждением информации по отдельным запросам	от 1 до 5

Таблица Г.2 – Критерии эффективности для должности врач-стоматолог-хирург

Наименование критерия	Баллы
Выполнение нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста из функций врачебной должности (25 посещений)	менее 100%- стимулирующие выплаты не начисляются 100 %-120%- от 1 до 5 более 120% - 10

Продолжение таблицы Г.2

Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов (по результатам рассмотрения врачебной комиссии), соблюдение этики и деонтологии	от 1 до 5
Оперативная активность	от 1 до 5
Количество удалений в смену (12 удалений)	от 1 до 5
Своевременная сдача статистических отчетов, исправление допущенных недостатков	от 1 до 5
Оформление медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной и вневедомственной экспертизы	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	от 1 до 5
Отсутствие нарушений при организации приема пациентов	от 1 до 5

Таблица Г.3 – Критерии эффективности для должности врач-ортодонт

Наименование критерия	Баллы
Выполнение нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста из функций врачебной должности (25 посещений)	менее 100% - стимулирующие выплаты не начисляются 100 % - 120%- от 1 до 5 более 120% - 10
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов (по результатам рассмотрения врачебной комиссии), соблюдение этики и деонтологии	от 1 до 5
Количество законченных случаев ортодонтического лечения (4пациента)	от 1 до 5
Своевременная сдача статистических отчетов, исправление допущенных недостатков	от 1 до 5
Оформление медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной и вневедомственной экспертизы	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	от 1 до 5
Отсутствие нарушений при организации приема пациентов	от 1 до 5

Таблица Г.4 – Критерии эффективности для должностей врач-физиотерапевт, врач-стоматолог-ортопед

Наименование критерия	Баллы
Выполнение нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста из функций врачебной должности (15 посещений)	менее 100% - стимулирующие выплаты не начисляются 100 % - 120%- от 1 до 5 более 120% - 10
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов (по результатам рассмотрения врачебной комиссии), соблюдение этики и деонтологии	от 1 до 5
Своевременная сдача статистических отчетов, исправление допущенных недостатков	от 1 до 5
Оформление медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной и вневедомственной экспертизы	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	от 1 до 5
Отсутствие нарушений при организации приема пациентов	от 1 до 5

Таблица Г.5 – Критерии эффективности для должностей главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра

Наименование критерия	Баллы
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие выявленных нарушений по результатам проверки контролирующих органов	от 1 до 5
Соблюдение сроков и порядка предоставления отчетности	от 1 до 5

Продолжение таблицы Г.5

Участие в организации и проведении сестринских конференций, собраний и других организационных мероприятий по составленному на текущий год плану	от 1 до 5
Отсутствие выявленных замечаний профильного подразделения Департамента/Дирекции в части предоставления учреждением информации по отдельным запросам	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5

Таблица Г.6 – Критерии эффективности для должности зубной техник

Наименование критерия	Баллы
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Изготовление ортодонтических аппаратов в установленные сроки и надлежащего качества	от 1 до 5
Количество изготовленных пластинок в смену (2 пластинки)	от 1 до 5
Отсутствие возврата работ и обоснованных нареканий со стороны врачей-ортодонтов	от 1 до 5
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5

Таблица Г.7 – Критерии эффективности для должности медицинский статистик

Наименование критерия	Баллы
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Соблюдение сроков и порядка предоставления отчетности	от 1 до 5
Наличие выявленных нарушений по результатам проверки контролируемых органов	от 1 до 5
Отсутствие замечаний профильного подразделения Департамента/Дирекции в части предоставления учреждением информации по отдельным запросам	от 1 до 5

Таблица Г.8 – Критерии эффективности для должности медицинский регистратор

Наименование критерия	Баллы
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Оформление и надлежащее содержание медицинских карт и документации, подбор карт	от 1 до 5
Работа в ЕМИАС	от 1 до 5
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Отсутствие обоснованных жалоб и нареканий со стороны пациентов	от 1 до 5

Таблица Г.9 – Критерии эффективности для должности сестра-хозяйка, санитарка, техник

Наименование критерия	Баллы
Наличие выявленных нарушений по результатам линейного контроля	Стимулирующие выплаты не начисляются
Отсутствие нарушений санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режима	от 1 до 5
Отсутствие жалоб сотрудников (пациентов) обслуживаемых подразделений	от 1 до 5
Отсутствие замечаний по соблюдению правил внутреннего трудового распорядка	от 1 до 5

Таблица Г.10 – Критерии эффективности для должности заместитель главного врача по экономическим вопросам, главный бухгалтер, бухгалтер, заместитель главного врача по хозяйственным вопросам, начальник отдела кадров, экономист, инженер по охране труда, специалист по гражданской обороне, секретарь-машинистка, инженер АСУ, оператор ЭВМ, юрист-консультант

Наименование критерия	Баллы
Отсутствие нареканий со стороны непосредственного руководителя и нарушений трудовой дисциплины	от 1 до 5
Соблюдение сроков и порядка предоставления отчетности	от 1 до 5
Отсутствие нарушений по результатам проверки контролирующих органов	от 1 до 5
Отсутствие замечаний профильного подразделения Департамента/Дирекции в части предоставления учреждением информации по отдельным запросам	от 1 до 5