ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

СОЧКОВА

Любовь Викторовна

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки)

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Ким Андрей Вячеславович

Санкт-Петербург
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ..... …….5

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЛАТЕ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ (обзор литературы)……18

1.1. Влияние кадрового обеспечения на развитие медицинской помощи.....18

1.2. Оплата труда и механизмы материального стимулирования труда медицинских работников на современном этапе…….....23

1.3. Современные особенности нормирования труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь 40

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ……...50

2.1. Программа исследования……...50

2.2. Методы исследования…….54

2.3. Характеристика баз исследования…….61

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ……..67

3.1. Изучение показателей деятельности поликлиник, участвующих в организационном эксперименте……...67

3.2. Оценка системы оплаты труда медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь……74

3.3. Изучение мнения медицинских работников о действующей системе оплаты труда и удовлетворенности пациентов доступностью и условиями оказания медицинской помощи в поликлиниках……...87

3.3.1. Результаты изучения мнения медицинских работников о действующей системе оплаты труда……...…….87

3.3.2. Результаты изучения удовлетворенности пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи в поликлиниках……...…..91

ГЛАВА 4. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ 99

4.1. Организационный эксперимент по формированию системы оплаты труда, основанной на дифференцированном подходе (методика и алгоритм) ……...99

4.1.1.Организационно-методические принципы разработки дифференцированной системы оплаты труда и формирования заработной платы…….100

4.1.2. Этапы внедрения разработанной дифференцированной системы оплаты труда. Задачи и программа организационного эксперимента……103

4.1.3. Методические подходы к разработке оценочных критериев деятельности медицинского персонала поликлиники……...……..110

4.2. Принципы оплаты труда, основанные на дифференцированном подходе и формирование заработной платы (на примере терапевтической службы и процедурного кабинета поликлиники) ……..114

4.3. Разработка системы премирования медицинских работников поликлиники……...…….127

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ……133

5.1. Анализ показателей деятельности базовых поликлиник после внедрения системы дифференцированной оплаты труда 133

5.2. Оценка мнения медицинских работников о системе дифференцированной оплаты труда, удовлетворенности пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи……..……147

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……160

ВЫВОДЫ..... 167

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ…….169

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ……..170

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ ……..171

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ……...172

ПРИЛОЖЕНИЯ..... 208

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Совершенствование кадрового обеспечения является одной из важнейших задач отечественного здравоохранения. Реформы, проводимые в отрасли в последние десятилетия, были напрямую связаны с кадровой устойчивостью национальной системы здравоохранения, а также предполагали преобразования, внедрение которых являлось невозможным без решения насущных кадровых проблем, а именно: ликвидации дефицита или дисбаланса медицинских кадров, изменения подходов к планированию их численности и нагрузки, приведения в соответствие нормативной базы в области нормирования труда с фактическими условиями деятельности, трансформации порядка допуска к осуществлению профессиональной деятельности и многие другие. Решение указанных задач по-прежнему сохраняет свою актуальность и определяет необходимость разработки комплекса мер по дальнейшему совершенствованию кадрового обеспечения в отрасли здравоохранения, в том числе с использованием экономических методов управления [4, 5, 53, 89, 149, 221].

Общеизвестно, что первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. По данным отдельных исследований на уровне медицинских организаций, оказывающих ПМСП, начинают и заканчивают лечение около 80% пациентов [169, 170, 171]. Это указывает на необходимость разработки приоритетной и адекватной кадровой политики, обеспечивающей устойчивый кадровый потенциал в системе оказания указанного вида медицинской помощи для повышения уровня ее доступности, качества и эффективности для широких слоев населения. Среди

наиболее существенных и значимых мер в этом направлении следует выделить механизмы оплаты труда и материального стимулирования медицинских работников.

Сложившаяся на сегодняшний день практика оценки объема, качества и эффективности деятельности медицинских работников в целях оплаты их труда в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, в полной мере не учитывает результаты индивидуального трудового вклада, а система формирования заработной платы не являлась в полной мере прозрачной и понятной для сотрудников медицинской организации [65, 196, 221]. Не решило этот вопрос и введение «эффективного контракта», что было предусмотрено Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р. В субъектах Российской Федерации применяются самые разные подходы к формированию систем оплаты труда, ориентированных на результат, однако, единой универсальной системы материального стимулирования медицинских работников на основе учета индивидуального трудового вклада, обеспечивающего достижение медицинской организацией, оказывающей ПМСП, оптимальных конечных результатов с учетом современных условий деятельности так и не сформировано [18, 19, 154, 172, 191, 192, 218]. При этом чрезвычайную актуальность сохраняют вопросы нормирования труда, прежде всего, с позиции отставания отраслевой нормативно-правовой базы от темпов внедрения новых медицинских и организационных технологий, а также форм осуществления медицинской деятельности. Все это требует постоянного пересмотра нормативов труда и создания федеральной методической основы для такой деятельности на уровне медицинских организаций в условиях законодательно закрепленного права руководителей самостоятельной разработки и утверждения норм нагрузки и численности медицинского персонала, обеспечивающих доступность и качество оказываемой медицинской помощи в оптимальных условиях. По мнению ряда авторов,

имеющиеся на сегодняшний день федеральные методические документы в сфере нормирования труда не учитывают особенностей деятельности в сфере здравоохранения [43, 53, 57, 59, 101, 168]. Выраженная отраслевая специфика при этом предполагает наличие соответствующей методологии, учитывающей виды, условия и формы оказания медицинской помощи, а также характер деятельности медицинских работников, структурных подразделений и различных медицинских организаций [42, 57, 164, 167].

Таким образом, все представленное выше обусловило актуальность проведения настоящего исследования, нацеленного на совершенствование механизмов материального стимулирования медицинских работников, ориентирующих их на достижение оптимальных конечных результатов деятельности при оказании населению ПМСМ в современных условиях.

Степень разработанности темы исследования

Исследования в области материального стимулирования медицинских работников во взаимосвязи с количеством и качеством их труда проводились на разных этапах развития отечественного здравоохранения. Наибольший методический вклад в развитии данного направления внесли исследования А.Л. Линденбратена (1999), Третьякова А.Е. (1999), Панова С.Н. (2000), Гайдарова Г.М. с соавторами (2000) [85, 103, 187]. Эти исследования на экспериментальной основе доказали влияние дифференцированных подходов к оплате труда на повышение качества и эффективности работы медицинского персонала. Однако, учитывая современные преобразования в деятельности национальной системы здравоохранения и медицинских организаций, оказывающих ПМСП, данные разработки малоприменимы. Исследования, учитывающие особенности оплаты труда медицинских работников, ориентированные на оптимальные конечные результаты деятельности в существующих социально-экономических условиях, практически отсутствуют.

Не в полной мере исследованы вопросы разработки норм времени, нагрузки и численности медицинских работников организаций ПМСП. Большинство существующих в настоящее время нормативов в здравоохранении не обновлялось более 30 лет, что не соответствует современному уровню развития медицинских технологий и организации деятельности медицинских структур [45, 57, 69, 80, 102, 167, 168, 172, 173, 191, 208, 211, 212, 216].

По мнению ряда авторов, имеющиеся на сегодняшний день федеральные методические документы в сфере нормирования труда не учитывают особенностей деятельности в сфере здравоохранения [18, 19, 154, 172, 191, 192, 218]. Выраженная отраслевая специфика при этом предполагает наличие соответствующей методологии нормирования труда, учитывающей виды, условия и формы оказания медицинской помощи, а также характер деятельности медицинских работников, структурных подразделений и различных медицинских организаций [42, 57, 167].

Разработка и внедрение оптимальных систем материального стимулирования медицинских работников ограничивается отсутствием адекватных и обоснованных показателей их нагрузки и численности, а также норм времени на отдельные трудовые операции применительно к конкретным организационно-техническим условиям их деятельности. Все это послужило основанием для проведения настоящего исследования и определило его актуальность.

Цель исследования

Совершенствование деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, путем разработки и внедрения системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

Задачи исследования

1. Провести сравнительный анализ существующих систем оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, во взаимосвязи с показателями их деятельности.

2. Изучить мнение врачей о действующей системе оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, и ее влиянии на мотивацию к достижению оптимальных конечных результатов деятельности.

3. Изучить удовлетворенность пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

4. Разработать и внедрить систему дифференцированной оплаты труда медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, с учетом норм нагрузки, разработанных на основе хронометражных исследований и оценочных критериев.

5. Оценить результативность внедрения системы дифференцированной оплаты труда с учетом показателей деятельности медицинской организации, в т.ч. кадровой обеспеченности, изменения объемов медицинской помощи, удовлетворенности пациентов доступностью и условиями медицинской помощи.

Научная новизна исследования

Расширены представления о современных подходах к оплате труда медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению и выявлены резервы их совершенствования в существующих условиях.

Доказана необходимость разработки четких, объективных и информативных критериев и показателей оценки деятельности медицинских

работников, используемых в целях материального стимулирования и обеспечивающих мотивацию к достижению оптимальных конечных результатов труда.

Предложены нормы нагрузки медицинского персонала, определены приоритетные направления деятельности отделений и медицинских работников, сформированы и утверждены оценочные критерии по 77 должностям.

Установлена низкая информированность медицинских работников о способах оценки их деятельности и формировании стимулирующей части заработной платы.

Установлена низкая удовлетворенность пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи в медицинских организациях.

Разработана и научно обоснована система дифференцированной оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечные результаты их труда, доказана возможность объективного улучшения показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, и стабилизации кадрового потенциала, без привлечения дополнительных источников финансирования.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Теоретическая значимость проведенного исследования заключается в получении научно обоснованных данных, доказывающих необходимость изменения существующих подходов к оплате труда медицинских работников в части формирования выплат стимулирующего характера, основанной на персонифицированном учете индивидуального трудового вклада в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

Разработаны и внедрены новые нормы времени на отдельные трудовые операции и медицинские вмешательства, выполняемые в условиях

поликлиники, а также нормы нагрузки медицинского персонал, обеспечивающие объективную оценку деятельности медицинских работников в целях их материального стимулирования. Данные нормативные показатели были интегрированы в систему оценки деятельности медицинских работников для дифференциации оплаты их труда в целях достижения оптимальных конечных результатов.

Внедрена система дифференцированной оплаты труда медицинских работников в деятельность медицинских организаций, оказывающих ПСМП, результативность которой подтверждена повышением удовлетворенности пациентов доступностью, организацией и условиями оказания медицинской помощи.

Методология и методы исследования

Базы исследования: исследование выполнено на базе четырех медицинских организаций г. Санкт-Петербурга, оказывающих ПМСП населению: СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №87», СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №96», СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №37» и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №32».

Тип исследования: проспективное сплошное и выборочное исследование, основанное на организационном эксперименте.

Период проведения исследования: с 2010 г. по 2022 г.

Объект исследования: система оплаты труда медицинских работников медицинских организаций, оказывающих ПМСП.

Предмет исследования: способы материального стимулирования медицинских работников медицинских организаций, оказывающих ПМСП, и факторы, влияющие на них.

Единица наблюдения: участковый врач-терапевт, врач-специалист, средний медицинский работник, трудовая операция.

Объем исследования: 52 карты выкопировки данных ФФСН № 30 «Сведения о медицинской организации»; 52 карты выкопировки данных

ФФСН №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»; 12 карт выкопировки данных из отчетной формы № 12 – Д-1 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан», 40 карт выкопировки данных из ФОСН № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения»; 52 карты выкопировки данных из ФФСН № 5 «Сведения о профилактических прививках»; 52 карты выкопировки данных из ФФСН № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения», 52 карты выкопировки данных из ФФСН № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»; 692 организационно-распорядительные, учетные и отчетные формы медицинских организаций; 1065 анкет опроса медицинских работников; 1677 анкет опроса пациентов; 46 карт хронометражных наблюдений за трудовыми операциями (2425 замеров).

Методы исследования: изучения и обобщения опыта, аналитический, сравнительного анализа, статистический, социологический, экономический, хронометражный и фотохронометражный, организационного эксперимента.

Статистическая обработка полученных в исследовании данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 6.1.

Этические аспекты

Составленная для исследования база данных не содержала личных или иных данных, позволявших персонифицировать отдельные случаи наблюдений. На проведение исследования получено разрешение локального этического комитета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 03/05 от 20.10.2021г.).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Выявленные недостатки существующих систем оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, низкая информированность медицинских работников о структуре заработной платы, субъективность критериев для начисления стимулирующих выплат обусловливают необходимость разработки системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

2. Введение персонифицированных критериев и показателей оценки индивидуального трудового вклада медицинских работников, наличие единой методологии материального стимулирования позволит внедрить дифференцированные подходы в оплате труда и повысить мотивацию медицинских работников к достижению оптимальных конечных результатов профессиональной деятельности в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

3. Система дифференцированной оплаты труда медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, позволит улучшить показатели кадрового обеспечения, повысить доступность медицинской помощи, увеличить объемы лечебной и профилактической работы, в том числе выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях, повысить удовлетворенность населения доступностью, организацией и условиями оказания медицинской помощи.

Степень достоверности полученных результатов

Полученные результаты исследования, научные положения, выводы и соответствующие практические рекомендации, сформулированные автором, обладают высокой степенью достоверности, основаны на методологии, имеющей доказательные теоретические положения. Достоверность представленных результатов исследования определяется достаточным объемом выполненных исследований, репрезентативностью выборки для

социологического исследования, а также использованием современного статистического инструментария для обработки и анализа полученных данных с применением лицензионных статистических программ.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи», Россия, Санкт-Петербург, 17–18 мая 2018; III национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны», Россия, Санкт-Петербург, 24-25 мая 2019; XII Российской научно-практической конференции с международным участием «Воронцовские чтения. Санкт-Петербург — 2019», Россия, Санкт-Петербург, 28 февраля-2 марта 2019; научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы здравоохранения», Кыргызстан, Бишкек, 13 декабря 2019; IV национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны», Россия, Санкт-Петербург, 28 октября 2020; XXII конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Россия, Москва, 21-23 февраля 2020; XXIII конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» Россия, Москва, 5-7 марта 2021; V национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны», Россия, Санкт-Петербург, 1-3 июня 2021; научно-практической конференции «Эффективное управление и контроль в здравоохранении», Россия, Санкт-Петербург, 11 марта 2022; VI национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны», Россия, Санкт-Петербург, 1-3 июня 2022; XII Всероссийской научно-практической конференции «Межведомственное взаимодействие в лабораторной диагностике: традиции и инновации», Россия, Санкт-Петербург, 15-16 декабря 2022.

Внедрение результатов исследования в практику

Разработанная в рамках организационного эксперимента дифференцированная система выплат стимулирующего характера медицинским работникам, внедрена и применяется в работе медицинских организаций Санкт-Петербурга, оказывающих ПМСП: СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 32» (акт внедрения № 123 от 17.02.2023 г.), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 37» (акт внедрения № 205/03 от 17.03.2023 г.), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 23» (акт внедрения № б/н от 14.03.2023 г.), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 96» (акт внедрения № 02-06/251 от 17.02.2023 г.), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 54» (акт внедрения № 01-13-118/23-1-0 от 16.02.2023 г.); отдела здравоохранения администрации Невского района СПб (акт внедрения № 161 от 20.04.2023 г.); Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга (акт внедрения № 01-18-3012/23-0-0 от 12.12.2023 г.).

Материалы диссертационного исследования использованы при подготовке учебно-методического пособия «Система оплаты труда, основанная на дифференцированном подходе, в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».

Результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России в основные образовательные программы высшего образования и дополнительные профессиональные программы по подготовке врачей-организаторов здравоохранения (акт внедрения № 02-10-2482/23 от 16.05.2023 г.).

Личный вклад автора

Личное участие автора заключается в формировании рабочей гипотезы, определении темы исследования, патентно-информационном поиске, разработке программы исследования и плана его проведения, сборе материалов исследования и их обработке, создании и регистрации баз данных, апробации и внедрении аналитической системы оценки деятельности

медицинских работников, разработке и внедрении дифференцированной системы выплат стимулирующего характера, в подготовке основных публикаций по результатам выполненной работы и оформлении текста диссертации. Доля участия автора в накоплении информации составляет 90%, в обработке результатов –100%. Результаты работы представлены лично автором на отечественных и зарубежных конгрессах и научно-практических конференциях в формате докладов и тезисных сообщений.

Публикации

По материалам исследования опубликовано 11 научных работ, в том числе 4 статьи в ведущих научных рецензируемых журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» в: п.13. «Исследование проблем организации медицинской помощи управления здравоохранением, разработка цифровых технологий управления лечебно-профилактическими учреждениями, службами и здравоохранением в целом с целью совершенствования организационных форм и методов работы органов управления здравоохранением и медицинскими организациями, оценки эффективности их деятельности»; п.15. «Изучение кадрового обеспечения органов и учреждений системы здравоохранения, особенности подготовки и переподготовки медицинских кадров различного профиля, изучение мнения медицинского персонала по вопросам организации медицинской помощи пациентам»; п.16. «Исследование медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинского персонала, изучение мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 224 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и 9 приложений. Работа иллюстрирована 29 таблицами и 14 рисунками. Список литературы включает 261 источник, в т.ч. 223 источника на русском и 38 – на иностранном языках.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЛАТЕ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Влияние кадрового обеспечения на развитие медицинской помощи

Преобразования, проводимые в отрасли здравоохранения в последние десятилетия, невозможны без научных исследований, посвященных кадровому обеспечению как системы в целом, так и ее отдельных элементов. Являясь одним из ключевым ресурсов при осуществлении медицинской деятельности, кадры с позиции их количественных и качественных характеристик оказывают фундаментальное воздействие на способность системы здравоохранения выполнять возложенные на нее функции. Основной функцией при этом следует считать оказание населению страны доступной медицинской помощи надлежащего объема и качества. Ее реализация в большей степени определяется наличием достаточного количества квалифицированных медицинских кадров [1, 11, 59, 88, 136, 159, 241].

Развитие кадрового потенциала в сфере здравоохранения по-прежнему сохраняет свою актуальность во многих странах мира. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) разработан и реализуется проект «Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.». Среди глобальных проблем в области здравоохранения ВОЗ отмечает: недостаточные инвестиции в образование, подготовку и поддержку работников в сфере здравоохранения; дефицит медицинского персонала; высокую международную и региональную миграцию квалифицированных кадров здравоохранения; отток медицинских работников в связи со сменой профессии; не отвечающее современным потребностям географическое распределение медицинских кадров и учреждений; низкое качество медицинской помощи [23, 254].

По мнению экспертов ВОЗ, ежегодно более 50 стран мира страдают от проблемы дефицита медицинских кадров. Практически все страны, независимо от уровня социально-экономического развития, в разной степени испытывают трудности в плане образования, найма, распределения, удержания и эффективности работы медико-санитарных работников. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2035 г. общемировой дефицит квалифицированных медицинских специалистов может достигнуть почти 13 миллионов человек. Отдельные авторы отмечают, что нарастание дефицита врачей общей практики угрожает эффективному функционированию первичной медико-санитарной помощи во многих странах мира [75, 145, 231].

Общеизвестно, что наибольшее число врачебных кадров задействовано в системе оказания ПМСП. Во многих странах существует проблема нехватки врачей первичного звена здравоохранения в сельских и отдаленных районах. Это наблюдается не только в развивающихся, но и в развитых странах, включая США, Канаду, Финляндию, Японию, Великобританию, Норвегию, Австралию и др. Причинами дефицита кадров отдельные авторы считают недостаточный объем средств, инвестируемых в образование и обучение медработников, а также несоответствия между стратегиями образования и найма с одной стороны и потребностями систем здравоохранения и населения с другой [75, 170, 228, 235, 238, 245, 248]. Кроме того, увеличение числа медработников, мигрирующих в другие страны, может обострить проблему дефицита кадров в здравоохранении, особенно в государствах с низким уровнем дохода [192, 222, 236, 242, 250, 255].

Для решения проблемы дефицита и дисбаланса в распределении кадровых ресурсов большинство зарубежных исследователей склоняются к поиску наиболее эффективных мер социальной поддержки и экономического стимулирования медицинских кадров со стороны государства [219, 229, 237, 249].

Например, в Болгарии, Эстонии, Венгрии и Румынии привлечение врачей общей практики в недостаточно обслуживаемые районы осуществлялось в основном за счет финансовых стимулов [75, 220, 225, 233].

В Глобальной стратегии ВОЗ для развития кадровых ресурсов здравоохранения до 2030 г. к способам удержания сотрудников относят: производственную безопасность, адекватную рабочую нагрузку, организационный менеджмент, непрерывное образование и возможности профессионального развития, широкие возможности для развития карьеры, поддержка семьи и здорового образа жизни, социальные пособия и субсидии, а также меры по улучшению охраны и гигиены труда [23, 75].

Группа исследователей (T. Ono et al., 2014) при выборе врачами региона для профессиональной деятельности в качестве государственных предлагали следующие меры: предоставление финансовых стимулов для врачей, желающих работать в районах, испытывающих потребность в данных специалистах; увеличение целевого набора студентов-медиков, поступающих из конкретного региона; регулирование выбора места работы выпускников; улучшение условий труда врачей в районах с недостаточным уровнем обеспеченности, использование новых технологий, в частности телемедицины [240].

В совместном докладе Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), ВОЗ и Всемирного банка в 2018 г. отмечено, что низкое качество медицинских услуг в ряде стран мира (особенно в странах с низким и средним уровнем дохода) сдерживает прогресс в улучшении здоровья населения и налагает дополнительные расходы на здравоохранение и семьи. Это обусловлено ошибками в постановке диагнозов и лечении, работой медперсонала без надлежащей подготовки и/или опыта и пр. [226].

Медицинские кадры являются наиболее значимой частью ресурсов здравоохранения и, в конечном итоге, обеспечивают результативность и эффективность работы не только отдельных структурных подразделений, но и здравоохранения в целом [93, 147, 169, 177, 192, 199, 241, 251, 253].

При наметившейся в последние годы положительной динамике укомплектованности учреждений здравоохранения медицинским персоналом, на территории Российской Федерации по-прежнему сохраняется дефицит медицинских кадров и выраженный дисбаланс по субъектам Российской Федерации в показателях укомплектованности кадрами по штатным должностям и физическим лицам, коэффициентах совместительства, соотношения врачей и среднего медицинского персонала, а также имеет место дефицит или полное отсутствие узких специалистов в малых городах или районных центрах [14, 164, 191, 198].

Отдельные авторы в качестве мер по сохранению кадрового потенциала, даже при сокращении численности медицинских работников, выделяют адекватное нормирование труда, введение профессиональных стандартов, корректную реализацию «эффективного контракта» и др. [4, 5, 214].

В некоторых исследованиях доказывается, что если оценивать кадровый потенциал по численности работников тех или иных должностей или специальностей, то формируется номинальный кадровый потенциал, который не отражает реальную эффективность труда работников. В случае же оценки кадрового потенциала еще и по объему деятельности сотрудников: количество посещений, исследований, УЕТ и пр. в расчете на врача и/или средний медицинский персонал, создается объективная картина кадрового потенциала [4, 55, 104]. На этом фоне сохраняют свою актуальность методология объективной оценки труда, учитывающей нагрузку на медицинский персонал при выполнении им работ в конкретных организационно-технических условиях с учетом изменений в технологиях организации и оказания медицинской помощи (компьютеризация, внедрение нового оборудования, создание новых подразделений, автоматизация процессов и пр.) [55, 168]. Значимой проблемой, препятствующей оптимизации использования кадрового потенциала в здравоохранении, авторы [5,12,98, 195 и др.] считают недостаточный уровень регламентации профессиональной нагрузки медработников и несовершенства нормативно-правовой базы в области

регулирования режима рабочего времени и нормирования труда медработников [5, 12, 42, 43, 97, 189]. При этом важной задачей медицинской организации является составление штатного расписания, которое является составной частью расчета численности персонала, необходимого для выполнения определенного объема работ [166].

Оптимизация кадрового планирования и обеспечения системы оказания медицинской помощи населению гарантированного объема и качества обусловливается также и внедрением в практику отечественного здравоохранения порядков оказания медицинской помощи [22, 166, 189, 210, 211]. Последние являются инструментом реализации федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа госгарантий), содержащей критерии доступности и качества медицинской помощи.

По мнению ряда авторов [194, 212, 214, 215, 216]сложность формирования оптимальной численности медицинского персонала в условиях реализации программы госгарантий обусловлена тем, что современные нормативно-правовые документы, содержащие те или иные нормы труда, содержат много ошибочных положений, носящих редакционный и смысловой характер. Основными ошибками в данном случае, по мнению авторов, следует считать: игнорирование расчетного принципа формирования и применения норм труда; нарушения утвержденных номенклатур; ошибочные данные о численности должностей для обеспечения круглосуточной работы; введение новых показателей норм труда, отсутствующих в статистической документации; пропуски штатного обеспечения отдельных должностей; нечеткость в указании контингента населения для установления норматива; разные величины норм труда в одновременно действующих нормативно-правовых документах; экономическая необоснованность норм труда. Поэтому встает вопрос о необходимости пересмотра норм труда на федеральном уровне [188, 202, 208, 211].

В некоторых работах были предприняты попытки расчета и анализа трудозатрат врачей-педиатров участковых и врачей-специалистов по выполнению основных функций при оказании первичной медико-санитарной помощи детскому населению Санкт-Петербурга. Выявлен диссонанс между действующими нормами рабочего времени, штатными нормативами и фактической нагрузкой на врачей. Сумма часов по отдельным трудовым функциям намного превышает установленную предельную норму часов, что говорит о несовершенстве действующих отраслевых нормативно-правовых актов. Применительно к ПСМП взрослому населению подобных исследований не проводилось [100].

Таким образом, влияние кадрового обеспечения на оказание медицинской помощи необходимо рассматривать в контексте воздействия комплекса различных факторов: количественных показателей структуры и укомплектованности, достаточности, уровня подготовленности и компетентности, нагрузки и численности персонала, адекватности норм по труду и многих других. Все это формирует устойчивость кадрового потенциала для оказания качественной, доступной и эффективной медицинской помощи.

1.2. Оплата труда и механизмы материального стимулирования труда медицинских работников на современном этапе

Стимулирующая функция заработной платы играет важнейшую роль в побуждении работников к эффективной трудовой деятельности, максимальной отдаче, повышению качественных и количественных показателей их труда. Это требует разработки и использования справедливых и объективных критериев оценки конечных результатов труда медицинских работников и связанных с ними способов материального стимулирования [2, 73, 80, 146].

Адекватные материальные стимулы работников напрямую детерминируют их мотивацию к достижению наилучших результатов их деятельности. Франко Л. дал следующее определение мотивации: «Мотивация в контексте трудовой деятельности может быть определена как степень готовности человека проявлять и поддерживать усилия по достижению целей организации» [230]. Для медицинских организаций эти цели связаны с качеством и доступностью медицинской помощи.

Поддержание высокого уровня трудовой мотивации работников является одной из сложнейших управленческих задач. Стимулирование медицинского персонала к оказанию качественной медицинской помощи является особенно важным, учитывая специфику отрасли здравоохранения, где вся деятельность связана с сохранением здоровья людей и улучшением качества их жизни [44, 65, 71, 78, 102, 194].

Мерами повышения мотивации медицинского персонала выступают монетарные и немонетарные способы воздействия, используемые в управлении. Ограниченное финансирование, нестабильная экономическая ситуация заставляют руководителей медицинских организаций искать новые пути мотивации персонала, помимо повышения заработной платы и использования различных систем оплаты труда. В медицинской деятельности важно, чтобы врач был заинтересован в предоставлении качественной медицинской помощи и ее результативности [17, 47, 175, 196, 216].

Ряд авторов отмечает, в совокупности методов стимулирования труда важен не только размер заработной платы, но и профессиональный рост, условия работы, оснащенность медицинской организации современным оборудованием, отношения в коллективе, взаимодействие с начальством [15, 94, 107, 157, 196].

В доступной литературе встречаются данные о социологических исследованиях, где выстраивается иерархия стимулов к лучшей работе у различных категорий медицинских работников. Автором доказано, что безоговорочным лидером среди стимулов является справедливая оплата труда,

а на втором месте – наличие качественного современного оборудования [173]. Приоритетность стимулов при этом также зависит от специфики деятельности, должностного статуса, гендерно-половых характеристик, личностных качеств сотрудников, поколения [77, 172, 176].

При изучении мотивации и удовлетворенности профессиональной деятельностью медицинских работников некоторые авторы приходят к выводу, что снижение уровня общей удовлетворенности медицинских работников требует существенных вложений ресурсов для сохранения трудового потенциала и поддержания трудовой активности персонала. Повышение же уровня общей удовлетворенности, напротив, способствует оптимизации расходования ресурсов и поддерживает трудовой настрой коллектива [71].

В зарубежной литературе тоже уделяется большое внимание изучению мотивации медицинского персонала. Наибольший стимулирующий эффект оказывает оплата труда, привязанная к результату. В случае медицинских работников результат работы измерить весьма затруднительно. Более того, на результат влияет большое количество внешних факторов (наличие необходимых препаратов, оборудования и пр.) [232, 234, 244].

Поэтому в большинстве систем здравоохранения используются более простые схемы оплаты труда, такие как оплата за каждую услугу (гонорарный метод оплаты труда - fee-for-service) и фиксированная заработная плата (salary). Первый вариант предполагает оплату за конкретную услугу. Это может приводить к тому, что врачи будут «форсировать спрос», то есть завышать объем медицинских услуг, в которых нет необходимости. Во втором случае оплата повременная, фактически за присутствие на рабочем месте. Эта система позволяет контролировать рабочее время и проста в применении, поэтому широко представлена во многих системах здравоохранения. Но авторы считают, что она приводит к снижению производительности труда и мотивации врачей [142, 182, 218, 221, 243].

Существует большое количество исследований, посвященных вопросу сравнения систем оплаты труда. Фиксированная заработная плата ассоциируется с меньшим количеством предоставляемых услуг в расчете на пациента, меньшим количеством пациентов, принимаемых одним врачом, более длинными консультациями, большим количеством профилактических работ и разнообразием предоставляемых услуг. Контракты, предполагающие выплату фиксированной заработной платы, в большинстве случаев при более низкой ставке оклада предлагают такие бонусы как: меньшее количество рабочих часов, более низкая степень административной ответственности, гарантированное время на обучение [227, 239, 243].

Еще одна система оплаты труда, основанная на предоплате услуг с фиксированным максимумом расходов по каждому отдельному заболеванию в расчете на одного пациента (capitation fee), по мнению ряда авторов может привести к искусственному занижению объемов оказываемой медицинской помощи пациентам [142, 239, 246].

Идеальных систем оплаты труда, учитывающих интересы всех сторон и нацеленных на достижение не только экономических, но и социальных целей, в мировой практике так и не создано. В настоящее время чаще используются смешанные системы оплаты труда, сочетающие фиксированную часть и надбавку за результаты. Однако, оплата за результат (pay-for-performance) требует оценки показателей результативности, что достаточно сложно осуществить в сфере здравоохранения. Любые медицинские услуги должны быть тщательно оценены, чтобы убедиться в том, что выбран действительно наиболее эффективный способ оказания помощи пациенту. При этом оценка должна базироваться как на исследовании достигнутого результата лечения, так и на исследовании затраченных ресурсов [142, 232, 243, 247].

Опыт некоторых зарубежных стран (США, Великобритания, Китай и др.) показывает, что реализация программ, направленных на внедрение принципа оплаты труда по результатам деятельности в национальные системы здравоохранения, позволяет достичь значительных результатов по

следующим параметрам: повышение качества обслуживания пациентов, обеспечение эффективного расходования ресурсов медицинскими организациями, повышение удовлетворенности персонала выбранными механизмами мотивации и увеличение охвата населения медицинской помощью [79, 224, 227].

Таким образом, существующие схемы оплаты труда в системах здравоохранения являются достаточно сложными и основываются на различных методах. При этом каждая из них имеет свои достоинства и недостатки.

Среди основных немонетарных стимулов для врачей у зарубежных авторов были отмечены: высокая социальная значимость работы; профессиональное развитие; чувство принадлежности к коллективу; положительные отклики пациентов [223, 252].

Оплата труда является одной из самых трудноразрешимых проблем в экономике любой отрасли. Главный вопрос – какова должна быть компенсация трудозатрат работающего, чтобы заработная плата, кроме возмещения трудовых затрат, стимулировала его интерес к производительному и качественному труду [10, 46, 68, 100].

В некоторых исследованиях доказывается, что заработная плата представляет собой основной источник денежных доходов работника, направленный на компенсацию умственных, физических и моральных затрат, прилагаемых работником к выполнению своих трудовых обязанностей [32]. В этой связи одним из основных принципов правового регулирования трудовых отношений является обеспечение права каждого работника на своевременную и в полном размере выплату справедливой заработной платы, обеспечивающей достойное существование человека для него самого и его семьи, и не ниже установленного минимального размера оплаты труда (ст. 2 ТК РФ) в соответствии со своей квалификацией, сложностью труда, количеством и качеством выполненной работы. При этом он обязан: добросовестно исполнять свои трудовые обязанности; соблюдать правила

внутреннего трудового распорядка; соблюдать трудовую дисциплину; выполнять установленные нормы труда; соблюдать требования по охране и безопасности труда; бережно относиться к имуществу; незамедлительно сообщить о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя (ст. 21 ТК РФ) [178].

Определение понятия «заработная плата» приведено в статье 129 ТК РФ: «Заработная плата (оплата труда работника) – вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также компенсационные выплаты (доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного характера) и стимулирующие выплаты (доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты)» (ст. 129 ТК РФ).

В сфере оплаты труда до сих пор сохраняется ряд серьезных проблем, которые не были решены в ходе реформ. Так, с 1992 года в Российской Федерации действовала единая тарифная система оплаты труда (ЕТС), которая предусматривала 18 разрядов для всех работников бюджетной сферы, но не предполагала использования методов материального стимулирования работников и плохо сочеталась с появлением в здравоохранении новых источников финансирования [6, 25, 87, 162, 193].

В 2008 году в стране началась так называемая «зарплатная реформа». Новая система оплаты труда (НСОТ) в федеральных учреждениях была установлена Постановлением Правительства РФ от 5.08.2008 № 583, в соответствии с которым государственные (муниципальные) учреждения субъектов РФ также перешли на НСОТ. Введенная НСОТ существенно расширила самостоятельность учреждений при формировании штата и распределении фонда оплаты труда (ФОТ) [6, 25, 87, 162, 193].

Введение НСОТ положительно повлияло на динамику зарплаты работников здравоохранения и социальной сферы. Но были выявлены следующие проблемы: отсутствие конкретных измеримых параметров качества и интенсивности труда; большое различие в размерах зарплат руководителей и работников; низкий размер гарантированной части зарплаты; неконкурентоспособный размер зарплаты на региональном рынке труда [162].

В медицинских организациях используется почасовая оплата труда - один из вариантов повременной системы оплаты труда, при которой заработная плата рассчитывается исходя из фактически отработанных работником часов. Структура заработной платы состоит из оклада (на ставку), выплат компенсационного и стимулирующего характера.

Оклады устанавливаются на базе профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников, которые утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6.08.2007 № 526. Перечни видов выплат компенсационного и стимулирующего характера утверждены Приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.12.2007 № 822 и от 29.12.2007 № 818 [121, 122, 123].

Базовый оклад определяется квалификационным уровнем сотрудника и занимаемой должностью. Компенсационные выплаты устанавливаются в соответствии с коллективным договором, положением по оплате труда медицинского учреждения в виде процентов к базовому окладу и включают повышенные выплаты занятым на работах с вредными и/или опасными условиями труда; за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (совмещение профессий или должностей, расширение зон обслуживания, исполнение обязанностей временно отсутствующих работников, работа в ночное время, работа в выходные и праздничные дни, оплата сверхурочных работ), за работу в местностях с особыми климатическими условиями. К выплатам стимулирующего характера относятся выплаты за интенсивность и

высокие результаты работы, выплаты за качество выполняемой работы и премиальные выплаты, которые можно разделить на 2 группы: 1) стимулирующие выплаты гарантированной части заработной платы (занимаемая должность, почетное звание, учёная степень и т. п.); 2) стимулирующие выплаты стимулирующей части заработной платы, которые зависят от эффективности работы учреждения, структурного подразделения, работника, а также премиальные выплаты. Данный вид выплат предельно персонифицирован с учетом отработанного времени, что должно быть обязательно отражено в эффективном трудовом контракте [8, 24, 51, 57, 70, 84, 160, 174, 184].

Кроме того, в Рекомендациях по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденных приказом Министерство труда и социальной защиты РФ от 26 апреля 2013 г. № 167н, также представлен перечень выплат стимулирующего и компенсационного характера, которые рекомендуется использовать. Размер выплат может устанавливаться в абсолютном размере, в процентах, в баллах и пр., что должно быть отражено в трудовом договоре или дополнительном соглашении к трудовому договору с указанием условий, при достижении которых они осуществляются [133].

Ежегодно, начиная с 2013 года, Российской трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений утверждаются единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, где отдельно выделяются особенности формирования систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. В каждом субъекте Российской Федерации утверждается Примерное положение об оплате труда работников учреждений здравоохранения, включающее минимальные размеры окладов и рекомендуемые размеры доплат, надбавок, премий, а в учреждениях здравоохранения принимаются свои Положения об оплате труда. Согласно ст.

144 ТК РФ, системы оплаты труда устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами.

В 2012 году в связи с Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и 598 начался следующий этап постепенного устранения дефицита медицинских кадров и реформирования систем оплаты труда с введением так называемого «эффективного контракта» [179, 180]. Целевые показатели по уровню заработной платы предполагали повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до 200 процентов, а среднего и младшего медицинского персонала до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе [179].

Необходимость очередных изменений в системе оплаты труда путем введения «эффективного контракта» была обусловлена объективными причинами, что утверждается в ряде публикаций. С одной стороны, острые кадровые проблемы в здравоохранении были напрямую связаны с уровнем заработной платы медработников, а с другой – оказалось очевидным, что проведение реформы бюджетной сферы и вложение в здравоохранение огромных средств в рамках приоритетного национального проекта и программ модернизации не привели к существенному повышению эффективности деятельности медицинских организаций [9, 18, 33, 48, 76, 193].

Многими авторами неоднократно указывалось на недостатки в определении базовых окладов и в критериях оценки деятельности медицинских работников, результатом чего стало увеличение дифференциации между заработной платой руководителей и работников медицинских учреждений, а также значительные различия в заработной плате, которую получает медицинский персонал за выполнение одинаковых функций. Это, в свою очередь, приводит к оттоку кадров из бюджетных учреждений здравоохранения [29, 57, 95, 150, 151, 152, 155, 212].

В Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг., утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р,

предусматривалось: совершенствование нормативно-правовой базы; введение эффективного контракта; конкретизация условий оплаты труда; регламентация оплаты труда руководителей учреждений; установление предельного соотношения средней зарплаты руководящего состава учреждения и работников учреждения; достижение законодательно установленных целевых показателей по зарплате [141].

В отдельных работах указывается, что сложности достижения целевых показателей в каждом российском регионе были обусловлены множеством факторов: уровнем доходов бюджета и социально-экономического развития, географическим положением, численностью населения, а также состоянием организации здравоохранения в регионе [144, 156, 162].

При этом важно учесть, что при реформировании систем оплаты труда необходимо учитывать, что заработная плата выполняет целый ряд функций, основными из которых являются: 1) воспроизводственная (получение работниками средств к существованию), эту функцию выполняет, в первую очередь, оклад; 2) компенсаторная, направленная на компенсацию вредных и/или опасных условий труда и пр., эту функцию выполняют выплаты компенсационного характера; 3) стимулирующая, направленная на создание определенной мотивации работников, эту функцию выполняют выплаты стимулирующего характера, а также выплаты компенсационного характера (за расширение зоны обслуживания, увеличение объема работ и пр.); 4) социальная функция, направленная на признание определенных заслуг и пр. (надбавка за квалификационную категорию, ученую степень, почетное звание и др.); 5) фискальная, обеспечивающая пополнение различных бюджетов. Эта функция обеспечивается тем, что налог на доходы физических лиц (НДФЛ), страховые взносы и пр. уплачиваются пропорционально заработной плате [51, 85].

По мнению отдельных авторов, реализация Указов Президента 2012 года в наибольшей степени обеспечила исполнение воспроизводственной функции, что в свою очередь привело к увеличению НДФЛ, взносов в

государственные внебюджетные фонды. Таким образом была реализована и фискальная роль заработной платы. В меньшей степени получила реализацию компенсаторная функция заработной платы – только по мере роста окладов. В некоторых регионах снизилась социальная функция заработной платы, т.к. были отменены выплаты за стаж непрерывной работы, квалификационную категорию и т.д. [51, 167].

Но основной, с точки зрения целей Указов Президента, являлась стимулирующая функция заработной платы. Именно на нее ориентирован «эффективный контракт». Но на практике эта функция в полной мере не была реализована из-за уменьшения доли выплат стимулирующего характера в общем размере заработной платы [51, 167].

Распространено ошибочное мнение, что «майские» указы Президента 2012 года принимались с целью повышения оплаты труда. На самом деле целью принятия «майских» указов было сохранение и улучшение кадрового потенциала. А повышение заработной платы – только средство достижения этой цели. Но из-за экономических сложностей многие учреждения пошли по самому простому пути – сокращение кадров для повышения зарплаты оставшимся и отказ в приеме на работу молодым специалистам. Таким образом во многих работах констатируется, что принятые указы не стали реальным рычагом для качественного повышения уровня оплаты труда медицинских работников, а явились причиной кадровых перестановок и усложнения системы стимулирующих доплат, позволяющей экономить на заработной плате при росте окладов [20, 51, 144, 168, 185].

Ряд авторов в своих публикациях справедливо указывают на то, что достижение целевых показателей по зарплате медицинских работников сопровождалось множеством проблем, таких как: завышение размера официальной средней заработной платы; повышение нагрузки на медперсонал, например, когда дополнительные работы, ранее оплачивавшиеся сверх оклада, включаются в основные должностные обязанности; сокращение штата учреждений. Так, в организациях

здравоохранения применялась практика перевода младшего медицинского персонала на должности уборщиков служебных помещений, при этом обязанности не менялись. В итоге эта категория работников оказалась исключенной из сферы действия майских указов и лишилась льгот, полагающихся медицинским работникам [50, 53, 86, 143, 162, 163, 181].

В отдельных исследованиях рассматривались факторы, влияющие на недовольство медицинских работников оплатой труда. Результаты оценки удовлетворенности показали, что превалирует недовольство неадекватностью заработков трудовому вкладу. Это относится как к базовому окладу, так и к стимулирующим выплатам. Их повышение при одновременном росте доли стимулирующих выплат должно стать основой корректировки системы оплаты труда [64].

Первым этапом внедрения эффективного контракта является нормирование труда с последующей постоянной коррекцией в связи с происходящими изменениями на отраслевом уровне и возможным перераспределением функциональных обязанностей работника в конкретной медицинской организации [69, 82, 202].

В Распоряжении Правительства РФ от 26 ноября 2012 года № 2190-р дано определение эффективного контракта как трудового договора с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых услуг, а также меры социальной поддержки [141].

В отношении каждого работника должны быть уточнены и конкретизированы его трудовая функция, показатели и критерии оценки эффективности деятельности, установлен размер вознаграждения, а также размер поощрения за достижение коллективных результатов труда. Условия получения вознаграждения должны быть понятны работодателю и работнику и не допускать двойного толкования [7, 62, 74, 141, 146].

Существует и мнение о том, что «эффективный контракт» не является некой принципиально новой правовой формой трудового договора, а представляется институциональной формой реализации социально-трудовых отношений нового типа [95]. Такой трудовой договор включает изменения, которые касаются только заработной платы и условий ее выплаты. По мнению авторов, в «эффективном контракте» должны быть четко конкретизированы, учтены и прописаны все ключевые моменты: трудовая функция, показатели и критерии оценки эффективности, размер и условия стимулирующих выплат. Стимулирующие выплаты авторы предлагают конкретизировать следующим образом: 1) за интенсивность и результаты; 2) за качество выполняемых работ и услуг; 3) за стаж и выслугу лет; 4) премиальные выплаты по итогам работы; 5) за тяжелую, вредную и опасную работу; 6) за ненормальные условия работы [95, 96, 148, 154].

В то же время в отдельных публикациях показано, что не структура эффективного контракта и не организационно-правовые рамки его реализации должны обеспечивать рост качества медицинских услуг и повышать удовлетворенность работников. Большую роль играет вовлеченность, мотивация и собственно участие работников в достижении ключевых результатов [95, 96, 148, 149, 175].

Повышение заработной платы не является главной задачей внедрения «эффективного контракта». Основное – привязка зарплаты к результатам труда с целью стимулирования лучших результатов. Поэтому иногда можно добиться лучшего результата меньшей численностью сотрудников, но с фактическим сохранением кадрового потенциала. Но это требует дифференциации оплаты труда, которая является неотъемлемым требованием эффективного контракта [3, 13, 30, 60, 67, 190].

В некоторых исследованиях делается вывод о том, что правила и процедуры построения эффективных трудовых контрактов, включая размер стимулирующих выплат, не должны быть унифицированными, т.к. при выборе критериев дифференциации оплаты труда имеет смысл не столько стремиться

к точному соизмерению индивидуальных трудовых вкладов работников внутри медицинского учреждения, сколько обеспечить для каждого из работников уровень оплаты, конкурентный на рынке труда. Препятствием для реализации системы «эффективных контрактов» является недостаточная разработанность системы нормирования труда работников, утвержденная в учреждении, а для ее принятия существуют лишь самые общие законодательные основания [19, 52, 57, 61, 66, 81].

По результатам своего социологического исследования А.Е. Чирикова (2019) делает справедливый вывод, что среди врачей растет число сторонников стратегии радикальной дифференциации заработной платы. Это доказывает, что адекватно и спокойно воспринимается даже резкая дифференциация в стимулирующих надбавках, если она имеет оправданный характер, прозрачные критерии, открытую информационную политику и сопровождается целенаправленной работой руководителей медицинских организаций с персоналом [195].

Превышение объема работы, выполняемой в основное рабочее время врача, свидетельствует не об интенсивности деятельности, а о неправильно установленных нормах времени или о нарушениях технологии лечебно-диагностического процесса [84]. Этим же автором сформулированы принципы, которым необходимо следовать при внедрении стимулирующих систем оплаты труда:

1) принцип заинтересованности, который воплощается в адекватном материальном стимулировании работников при возрастании результативности выполняемого ими труда;

2) принцип адаптации, который предполагает привлечение сотрудников медицинской организации к участию в разработке и внедрению системы материального стимулирования, что позволит адаптировать ее к конкретным условиям организации;

3) принцип объективности предлагает при проведении оценки результатов индивидуальной трудовой деятельности руководствоваться только объективными данными, содержащимися в документах;

4) принцип индивидуализации, в соответствии с которым необходимо в индивидуальном порядке материальное поощрение работников, чьи результаты работы соответствуют установленным критериям [83].

Кроме того, в некоторых публикациях делаются выводы о том, что в целом создание и введение стимулирующих систем оплаты труда должно включать: четкое формулирование задач медицинской организации и выбор приоритетных направлений для стимулирования; анализ системы финансирования медицинской организации и источников поступления средств; определение размера фонда материального поощрения, поиск дополнительных средств для его увеличения; распределение финансовых ресурсов для материального поощрения подразделений организации; определение критериев и показателей для индивидуальной оценки труда [28, 84, 186, 197].

Проводимые исследования выявили еще две существенные проблемы, возникающие в результате применения эффективного контракта. Первая из них заключается в том, что большая часть работников не понимает, в чем заключается суть эффективного контракта, поэтому у них нет понимания порядка распределения стимулирующих выплат, связи показателей эффективности деятельности и заработной платы. Вторая проблема состоит в субъективной оценке труда работников руководством, в связи с чем сотрудники медицинских учреждений не могут привязать реальные результаты труда к размеру заработной платы. Из-за этого возможны конфликты в коллективе, снижение мотивации, увеличение уровня текучести кадров [21, 58, 72, 158].

Авторы уверены, что внедрение «эффективного контракта» не может быть реализовано со всем заложенным в него потенциалом, т.к. в медицинских учреждениях зачастую нет критериев для оценки эффективности труда

персонала, а при формировании переменной части заработной платы это играет решающую роль [16, 29, 31, 63, 171, 187, 214].

Таким образом, несмотря на увеличение размера заработной платы медицинских работников, система эффективного контракта пока еще далека от совершенства.

Авторы отмечают, что мотивация медицинского персонала в том числе зависит от структуры заработной платы, осведомленности о принципах формирования заработной платы, доли базовой части в структуре заработной платы. В системе оплаты труда медицинских работников, особенно врачей, бóльшую часть заработной платы составляют компенсационные и стимулирующие выплаты [16, 94, 196, 213]. Поэтому базовый доход должен быть конкурентоспособным; следует отменить стимулирующие выплаты, установленные без учета показателей эффективности деятельности; необходимо пересмотреть показатели эффективности труда и показатели для расчета премии с учетом трудового участия; разработать для них оценочную базу для объективной оценки трудового вклада сотрудников [31, 157, 162].

В отдельных работах доказывается, что в ходе внедрения в практику «эффективного контракта» были допущены следующие ошибки: 1. Введение эффективного контракта не получило достаточного методологического сопровождения; 2. Региональные системы оплаты труда содержали целый ряд недостатков, из-за которых потенциал эффективного контракта и других мер, предусмотренных Указами Президента, не получил полной реализации; 3. Не были своевременно созданы предпосылки, необходимые для успешного введения эффективного контракта; 4. Многие медицинские организации формально подошли к реализации принципов эффективного контракта; 5. Не были своевременно проведены анализ и обобщение лучших практик, а также ошибок по введению эффективного контракта [193].

Таким образом, проблемы оплаты труда медицинских работников по-прежнему не потеряли своей актуальности. Этому вопросу был посвящен ряд поручений Президента РФ по итогам совещаний по вопросам модернизации

первичного звена здравоохранения, который отметил, что в стране начнёт поэтапно внедряться новая система оплаты труда**,** основанная на прозрачных, справедливых и понятных правилах [103, 104].

В поручениях Президента РФ намечены меры, направленные на пересмотр сложившейся системы заработной платы в целях ее дальнейшего совершенствования. Эти меры предусматривают: формирование единой структуры оплаты труда работников здравоохранения на всей территории РФ; утверждение требований к структуре заработной платы медицинских работников, включая установление доли гарантированных выплат по должностным окладам в структуре заработной платы, предусмотрев при этом не снижение компенсационных и иных выплат; введение нормативов минимального должностного оклада; единые правила установления в системе здравоохранения надбавок медицинским работникам, в том числе надбавок стимулирующего характера; установление единого перечня выплат стимулирующего характера и единого перечня компенсационных выплат, а также условий назначения указанных выплат медицинским работникам; максимально допустимый для медицинских работников уровень совместительства [103, 104].

В результате анализа доступных официальных и литературных источников, можно сделать вывод, что рекомендованные в нормативно-правовых документах нормы труда без их адаптации к современным условиям функционирования медицинских организаций применять невозможно. Требуется использование совокупности приемов установления норм труда. Наличие квалифицированного и мотивированного персонала является неотъемлемым условием обеспечения качества и доступности медицинской помощи, условием повышения удовлетворенности граждан медицинскими услугами. Оплата труда сотрудников должна быть взаимоувязана с эффективностью работы медицинской организации в целом и результатами труда на каждом рабочем месте, исходя из объективных показателей оценки трудовой деятельности медицинских работников. Необходимо использование

в управлении медицинской организацией подходов, обеспечивающих справедливую, понятную работникам оплату труда, прозрачный механизм ее начисления, совершенствование системы стимулирующих выплат на основе установленных в медицинской организации критериев. Сохраняется актуальная задача разработки рациональной системы оплаты труда, основанной на его нормировании, которая может стать инструментом повышения качества медицинской помощи.

1.3. Современные особенности нормирования труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

Организация трудового процесса представляет собой установление норм труда, применение конкретных форм и систем оплаты труда и стимулирования персонала; а также разделение и кооперация, установление рациональных приемов и методов труда, создание благоприятных условий труда, организация и обслуживание рабочих мест, подбор, подготовка, переподготовки и повышения квалификации персонала, поддержание необходимого уровня дисциплины труда [98].

В современных условиях оказания медицинской помощи на первый план выходит повышение качества оказания медицинской помощи на фоне рационального использования материально-технических и кадровых ресурсов медицинских организаций. При этом важнейшим инструментом управления трудовыми ресурсами медицинской организации является нормирование, которое не ограничивается только установлением норм труда, а обладает целым рядом потенциальных возможностей [22, 42, 49, 54, 55, 101, 206].

Правовое регулирование трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними аспектов, в том числе по организации труда и управлению им, регламентировано Трудовым кодексом Российской Федерации (ТК РФ), исходя из общепризнанных принципов и норм международного права и в

соответствии с Конституцией Российской Федерации [178]. Понятия норм труда, возможности и условия пересмотра этих норм определены в главе 22 «Нормирование труда» ТК РФ. Работникам гарантируется применение систем нормирования труда, определяемых работодателем с учетом мнения представительного органа работников или устанавливаемых коллективным договором (Ст. 159 ТК РФ).

Нормы труда устанавливаются в соответствии с достигнутым уровнем техники, технологии, организации производства и труда. Они могут быть пересмотрены по мере совершенствования или внедрения новой техники, технологии и проведения организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост производительности труда, а также в случае использования устаревшего оборудования (Ст. 160 ТК РФ).

Следует отметить, что нормирование труда служит инструментом для повышения эффективности труда работников не только за счет организации трудового процесса, но и за счет создания механизмов воздействия на работника [55, 202, 217]. Например, за невыполнение норм труда к работнику могут применяться предусмотренные ТК РФ дисциплинарные взыскания, вплоть до увольнения (Ст. 192 ТК РФ).

Зачастую нормирование рассматривается как процесс установления норм труда для работников. На самом деле, нормирование – понятие более широкое [55]. В «Методических рекомендациях по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях» сформулированы следующие цели: 1) создание условий, необходимых для внедрения рациональных организационных, технологических и трудовых процессов, улучшения организации труда; 2) обеспечение нормального уровня напряженности (интенсивности) труда при выполнении работ (оказании государственных (муниципальных) услуг); 3) повышение эффективности обслуживания потребителей государственных (муниципальных) услуг [135].

О комплексном обосновании типовых норм труда говорится в «Методических рекомендациях для федеральных органов исполнительной

власти по разработке типовых отраслевых норм труда», а именно: нормы труда устанавливаются для однородных работ применительно к типовым трудовым процессам и типовым организационно-техническим условиям их выполнения. Комплексное обоснование типовых норм труда устанавливается с применением аналитического метода нормирования труда к изучению трудовых процессов (на основании измерения затрат рабочего времени путем хронометража, фотохронометража и др.), математико-статистического метода (путем определения зависимостей между количественными и качественными факторами и затратами рабочего времени на основе обработки данных отчетности и результатов исследований), а также с учетом всех факторов, влияющих на величину затрат труда [134].

В работах, определяющих идеологию развития нормирования труда в здравоохранении, выделяются актуальные направления данной деятельности на современном этапе: 1) определение затрат труда, нагрузки и численности работников; 2) нахождение оптимальных пропорций между разными группами работников; 3) использование норм труда при составлении штатного расписания медицинской организации; 4) применение норм труда в расчетах стоимости медицинской помощи, в том числе при организации платных услуг; 5) проведение экономического анализа деятельности медицинской организации и экономической оценки тех или иных направлений развития здравоохранения [206].

По мнению ряда авторов, нормы труда разносторонне характеризуют затраты труда, необходимые для выполнения определенного объема работ работниками соответствующей квалификации в определенных организационно-технических условиях. В здравоохранении эти вопросы по-прежнему до конца не изучены, особенно в системе оказания населению ПМСП [27, 54, 188]. В отдельных работах указывается, что большинство норм труда, приведенных в современных нормативных правовых актах, неприемлемы для использования в практике здравоохранения, прежде всего из-за их экономической необоснованности.

Методические рекомендации по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях, утверждённые приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 сентября 2013 г. № 504 также не отвечают на множество вопросов, которые возникают при разработке локальных норм по труду для медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь населению в амбулаторных условиях. Данный документ скорее всего представляет собой методический ориентир для разработчиков норм [135].

Нормирование труда является одним из основных элементов планирования в системе здравоохранения. Документы, регламентирующие действующие нормы и нормативы, определенно требуют внесения изменений в организацию медицинской помощи населению в соответствии с современными условиями ее оказания и потребностью в ее объемах [200].

Правительством РФ ежегодно утверждаются программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания медицинской помощи населению на текущий год и на плановый период на последующие 2 года, в которых устанавливаются в общем виде планово-нормативные показатели по видам медицинской помощи и условиям ее оказания. Дифференциация этих данных определяется соответствующими письмами Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) [35, 36, 39, 40, 109, 110, 111, 112]. Однако, для медицинских организаций выполнение представленных в вышеупомянутых документах объемных показателей с соблюдением критериев доступности и качества медицинской помощи не представляется возможным без приведения численности медицинского персонала и их нагрузки в соответствие с конкретными локальными организационно-техническими условиями. Решение данной задачи достаточно затруднительно без проведения соответствующих нормативно-исследовательских работ, выполнение которых без специальных знаний и обученного в этих целях персонала. Это является фактором, препятствующим развитие вопросов

нормирования труда в практической деятельности медицинских организаций [201].

Кроме того, в некоторых научных публикациях делается вывод о том, что использование документов по текущему планированию объема медицинской помощи для расчета необходимой численности должностей медицинских работников также является сложной задачей из-за недостаточности исследований в указанном направлении и отсутствия адекватной методической базы для этих целей [200, 207].

Например, для врачей амбулаторного приема установлены следующие нормы труда: нормы времени на посещение по 16 специальностям и нормы численности, которые отражены в 54 приказах о порядках оказания медицинской помощи и в 2 приказах о положениях по организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Авторы отмечают, что при этом по большинству должностей в указанных приказах о порядках и о положениях имеются противоречия в величинах норм труда. Кроме того, не приводится дифференциация числа посещений по врачебным специальностям, что не позволяет проводить расчеты должностей врачей амбулаторного приема по объему работы на федеральном уровне [200, 201, 207].

Несмотря на широкие полномочия у руководителей медицинских организаций в области нормирования труда и их самостоятельности в установлении локальных норм по труду, представленные в трудовом законодательстве, на практике данные права используются недостаточно [135]. Работодателю рекомендуется осуществлять меры, направленные на соблюдение установленных норм труда, в т.ч. обеспечение нормальных условий для выполнения работниками норм труда: исправное состояние помещений, оборудования; своевременное обеспечение необходимой для работы документацией; надлежащее качество и своевременное предоставление работнику материалов, инструментов и пр., необходимых для выполнения работы; условия труда, соответствующие требованиям охраны труда и безопасности производства [135, 202].

По мнению ряда авторов, требуется трансформация имеющихся результатов в области нормирования труда медицинских работников в адекватные методические рекомендации и федеральные нормативные правовые акты, что позволило бы совершенствовать планирование медицинской помощи населению, численности должностей и нормативов времени в условиях меняющегося законодательства в сфере охраны здоровья и реформ, проводимых в этой отрасли [54, 55].

В некоторых исследованиях подчеркивается, что штатные нормативы, представленные в утвержденных порядках оказания медицинской помощи научно не обоснованы и требуют своего существенного пересмотра, в том числе и при оказании ПМСП населению [41, 56, 101, 165]. Это создает определенные трудности в организации деятельности многих медицинских структур. В этой связи, отдельными авторами отмечается, что нормирование труда медицинских работников должны проводить заведующие отделениями, высококвалифицированные специалисты, главные (старшие) медицинские сестры, которые хорошо знают технологию лечебно-диагностического процесса и способные провести экспертную оценку объема и качества оказанной медицинской помощи. При этом в практической плоскости выполнить это условие крайне сложно [202].

В доступной литературе имеются исследования, посвященные экспертной оценке действующих порядков оказания медицинской помощи в части их штатного нормирования. В результате проведенного исследования авторами были выявлены системные ошибки, такие как: несоответствие величин норм труда в одновременно действующих нормативно-правовых документах; экономическая необоснованность норм труда; необоснованное изменение формата представления норм труда; нарушения номенклатуры медицинских организаций, должностей и специальностей медицинских работников, номенклатуры коечного фонда по видам медицинской помощи. По мнению авторов, пересмотр приказов о Порядках оказания медицинской помощи является объективной необходимостью в связи с ошибочными

положениями, а также в связи с рекомендациями Минтруда РФ по пересмотру типовых отраслевых норм труда через каждые 5 лет [202, 203, 209].

Необходимо помнить, что помимо норм труда существуют также нормативы по труду. В публикациях ряда авторов обращается внимание на принципиальные различия между этими понятиями. Нормы труда рассчитываются применительно к конкретным условиям выполнения нормируемого процесса для определенных значений факторов, а норматив является расчетной величиной затрат рабочего времени, материальных и денежных ресурсов, применяемых в нормировании труда, планировании. Нормативы по труду устанавливаются к различным вариантам типизированных или усредненных организационно-технических условий. Примером таких нормативов являются штатные нормативы, которые служат для расчета количества штатных должностей при составлении штатного расписания. Нормы труда устанавливаются для конкретной работы и систематически пересматриваются. Нормативы по труду многократно используются для расчета норм труда и действуют без пересмотра длительное время [54, 205, 215]. Как показывают многочисленные публикации в этом направлении, обе указанные группы норм требуют своего дальнейшего развития и научного обоснования, особенно в системе оказания ПМСП населению, являющемуся основой системы здравоохранения.

Приказом Минздрава России от 2 июня 2015 г. № 290н установлено, что «нормы времени являются основой для расчета норм нагрузки, нормативов численности и иных норм труда врачей медицинских организаций, оказывающих первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях» [126]. При этом существует мнение, что типовые отраслевые нормы времени должны быть адаптированы на уровне медицинской организации, в том числе путем проведения собственных хронометражных исследований деятельности соответствующих врачей-специалистов [55].

При выборе подходов к установлению норм труда работникам медицинской организации в первую очередь следует учитывать специфику работы на конкретном рабочем месте, цели и задачи данного специалиста. Предлагаются два основных похода:

1 вариант: определяются показатели, на которые работник может повлиять и которые устанавливаются в качестве норм труда (норм нагрузки). Например, количество посещений, исследований, УЕТ и пр. Автор предлагает использовать этот вариант при установлении норм труда для работников лечебно-диагностических служб и для специалистов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь.

2 вариант: объем поручаемой работы, который определяется нормой обслуживания: количеством прикрепленных пациентов, обслуживаемых коек и пр., может использоваться при установлении норм труда для врачей и мед-сестер, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [56].

В целом, организация работы, связанной с нормированием труда в медицинской организации, включает в себя: проведение организационно-технических мероприятий; внедрение рациональных организационных, технологических и трудовых процессов и улучшение организации труда. Главным в нормировании является изучение и улучшение организации лечебного процесса [55].

Современными авторами рассматриваются практические аспекты нормирования труда в учреждениях здравоохранения [26, 54, 55, 217], разработаны рекомендации по организации службы (отдела) нормирования труда в медицинской организации [90], по организации системы управления нормированием труда в медицинской организации [89], по формированию и организации деятельности комиссий по нормированию труда в медицинских организациях [91], рекомендации по выбору норм труда для работников различных подразделений медицинских организаций [56].

Некоторые авторы считают, что нормирование труда в медицинских организациях должно осуществляться с учетом не только специфики

деятельности лечебного учреждения, но и его профиля, т.к. медицинские организации различных уровней отличаются технической оснащенностью, численностью пациентов, квалификацией специалистов. Поэтому для каждого уровня требуется разработка своих нормативов труда [41].

Также в ряде публикаций отмечается, что конечным результатом нормирования труда выступает установление норм труда. Однако в связи с многообразием существующих норм труда, со сложностью их расчета и т. д., одним из самых актуальных является вопрос о том, какие нормы труда должны быть установлены в медицинской организации для работников конкретных подразделений, занимающих конкретные должности [42, 55, 56, 166].

Следует отметить, что в целом нормативная база, касающаяся врачей терапевтов участковых, педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов была обновлена в последние годы [126, 128, 132, 135]. Однако, методологические вопросы нормирования труда на уровне медицинских организаций недостаточно освещены, затрагиваются отдельные аспекты практического применения норм труда, отсутствуют алгоритмы внедрения норм труда [55].

При значительном увеличении объема диагностических исследований актуальными становятся вопросы кадрового обеспечения вспомогательной лечебно-диагностической службы. Поэтому необходимо разработать и утвердить нормы времени на эти исследования, т.к. сейчас действуют нормы, разработанные в прошлом веке и не отвечающие современной оснащенности медицинских организаций новым оборудованием [204, 206, 215].

Для некоторых служб амбулаторно-поликлинической сети приказы не обновлялись более 30 лет, например, для физиотерапевтической службы [114], службы функциональной диагностики [117], службы эндоскопии [119], флюорографических кабинетов [105]. А для службы лучевой диагностики примерные расчетные нормы времени на проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований содержались в Приказе Минздрава РСФСР от 02.08.1991 г. № 132, который признан утратившим силу Приказом Минздрава

России от 03.12.2020 г. № 1283. В 2020 г. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 09.06.2020 г. № 560н определены правила проведения рентгенологических исследований, однако новых норм нагрузки в этом приказе нет [116, 130]. При этом в лабораторной диагностике нормы времени на проведение различных видов лабораторных исследований также отражены лишь в документах более чем 20-летней давности [92, 115, 118, 120]. Морально устаревшие приказы Минздрава РФ разных лет содержат расчет штатов для маломощных лабораторий, ориентированных на одну медицинскую организацию. В настоящее время отсутствуют документы, которые учитывали бы особенности производственных процессов в современных централизованных лабораториях, на базах которых выполняется большой объем исследований для различных групп медицинских учреждений. Некоторые авторы считают, что нормирование труда в централизованных лабораториях должно базироваться исключительно на данных хронометражных измерений с учетом объема и номенклатуры работ и технологических циклов обновления лабораторного оборудования [45, 153, 200].

Таким образом, проведенный анализ доступной литературы показал явную недостаточность исследований в области мотивации медицинского персонала и способов его материального стимулирования для достижения оптимальных конечных количественных и качественных показателей деятельности при оказании населению ПМСП на современном этапе развития отечественного здравоохранения. Большое значение имеют оценочные механизмы и адекватные нормы и нормативы по труду, что также требует своего подробного изучения и разработки.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Программа исследования

Исследование проводилось в период 2010 – 2022 гг. в соответствии с целями, задачами в рамках классического соблюдения и взаимосвязанности этапов и включало два ключевых раздела:

– обоснование, разработка и внедрение на экспериментальной основе системы материального стимулирования медицинских работников, оказывающих ПСМП (2010-2019 гг.);

– активный организационный эксперимент и оценка его результатов (2020-2022 гг.)

Каждый из разделов исследования предусматривал собственные этапы.

Первый раздел исследования включал следующие этапы:

– библиометрический и исторический анализ развития стимулирующих систем оплаты труда медицинских работников в отечественном здравоохранении (1 этап);

– изучение существующих систем оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, изучение опыта применения дифференцированных подходов к оплате труда медицинских работников и их материального стимулирования; оценка динамики изменений в законодательстве по вопросам оплаты труда во взаимосвязи с показателями деятельности медицинских организаций ПМСП; определение предпосылок для совершенствования оплаты труда медицинских работников организаций ПМСП в условиях действующего законодательства (2 этап);

– проведение исследований по разработке локальных норм времени, нагрузки, численности и моделирование системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих ПМСП (3 этап);

– внедрение в порядке организационного эксперимента системы материального стимулирования медицинских работников, оказывающих ПМСП (4 этап).

Второй раздел исследования включал в себя:

– активный организационный эксперимент (трехлетнее наблюдение) (5 этап);

– оценку результативности системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих ПМСП (6 этап).

Предметы исследования - заработная плата, показатели оценки труда медицинских работников поликлиник для взрослого населения.

Объект исследования - система оплаты труда медицинских работников медицинских организаций, оказывающих ПМСП.

Единица наблюдения - участковый врач-терапевт, врач-специалист, средний медицинский работник, трудовая операция.

В следующей таблице представлен детализированный объем проведенного исследования.

Таблица 2.1 – Объем проведенного исследования

Этап исследования	Программа сбора материала или источник информации	Объем наблюдения
1 этап	Литературные источники	Отечественные - 223 Зарубежные – 38
2 этап	Нормативные правовые акты	46 - документов
3 этап	Карта выкопировки данных из ФФСН № 30 «Сведения о медицинской организации»	36
	Карта выкопировки данных из ФФСН №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»	36
	Карта выкопировки данных из отчетной формы № 12 – Д-1 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан»	12
	Карта выкопировки данных из ФОСН № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения»	24

Продолжение таблицы 2.1 - Объем проведенного исследования

Этап исследования	Программа сбора материала или источник информации	Объем наблюдения
	Карта выкопировки данных из ФФСН № 5 «Сведения о профилактических прививках»	36
	Карта выкопировки данных из ФФСН № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения»	36
	Карта выкопировки данных из ФФСН № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»	36
	Коллективный договор	4
	Положение об оплате труда, распределении стимулирующих выплат и премировании	4
	Журнал учета забора крови в процедурном кабинете	36
	Журнал учета инъекций в процедурном кабинете	36
	Приказ о стимулирующих и премиальных выплатах	432
	Анкетирование медицинских работников	554
	Анкетирование пациентов	874
4 этап	Карта хронометражных наблюдений за трудовыми операциями	46 (2425 замеров)
	Протокол хронометражных замеров	17
5 этап	Технологические карты	110
	Трудовой паспорт сотрудника	42
	Трудовой паспорт отделения	12
	Карта оценочных критериев деятельности медработников	77
6 этап	Карта выкопировки данных из ФФСН № 30 «Сведения о медицинской организации»	16
	Карта выкопировки данных из ФФСН №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»	16
	Карта выкопировки данных из ФОСН № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения»	16
	Карта выкопировки данных из ФФСН № 5 «Сведения о профилактических прививках»	16
	Карта выкопировки данных из ФФСН № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения»	16
	Карта выкопировки данных из ФФСН № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»	16
	Положение об оплате труда, распределении стимулирующих выплат и премировании	4
	Журнал учета забора крови в процедурном кабинете	16
	Журнал учета инъекций в процедурном кабинете	16
	Приказ о стимулирующих и премиальных выплатах	144
	Анкетирование медицинских работников	511
	Анкетирование пациентов	803

Разработанный инструментарий, представляющий собой программы сбора материала, предполагал последовательное решение поставленных в исследовании задач. Использован сплошной и выборочный методы исследования, а достаточный объем наблюдений позволил получить репрезентативные данные для их дальнейшей разработки и анализа.

В таблице 2.2 представлена программа исследования в целом.

Таблица 2.2 - Программа исследования

Цель исследования - совершенствование деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, путем разработки и внедрения системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников.		
Задача	Источники и объем информации	Методы анализа
1.Провести сравнительный анализ существующих систем оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, во взаимосвязи с показателями их деятельности.	Карты выкопировки данных: из ФФСН № 30 (36 карт), из ФФСН №12 (36 карт), из отчетной формы № 12 – Д-1 (12 карт),из ФОСН № 131 (24 карты), из ФФСН № 5 (36 карт), из ФФСН № 14дс (36 карт), из ФФСН № 62 (36 карт); Коллективный договор (4 документа); Положение об оплате труда, распределении стимулирующих выплат и премировании (4 документа); Журнал учета забора крови в процедурном кабинете (36 документов); Журнал учета инъекций в процедурном кабинете (36 документов); Приказ о стимулирующих и премиальных выплатах (432 документа).	изучения и обобщения опыта, статистический, аналитический, сравнительный анализ
2. Изучить мнение врачей о действующей системе оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, и ее влиянии на мотивацию к достижению оптимальных конечных результатов деятельности.	Анкета медицинского работника (554 анкеты)	социологический, статистический, аналитический
3.Изучить удовлетворенность пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.	Анкета пациента (874 анкеты)	социологический, статистический, аналитический

Продолжение *таблицы 2.2* - Программа исследования

Задача	Источники и объем информации	Методы анализа
4.Разработать и внедрить систему дифференцированной оплаты труда медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, с учетом норм нагрузки, разработанных на основе хронометражных исследований и оценочных критериев.	Карта хронометражных наблюдений за трудовыми операциями (46 карт, 2425 замеров); Протокол хронометражных замеров (17 протоколов); технологическая карта (110 карт); трудовой паспорт сотрудника (42 паспорта); трудовой паспорт отделения (12 паспортов); карта оценочных критериев деятельности медработников (77 карт)	организационный эксперимент, статистический, аналитический, хронометражный, фотохронометражный, экономический
5.Оценить результативность внедрения системы дифференцированной оплаты труда с учетом показателей деятельности медицинской организации, в т.ч. кадровой обеспеченности, изменения объемов медицинской помощи, удовлетворенности пациентов доступностью и условиями медицинской помощи.	Карты выкопировки данных: из ФФСН № 30 (16 карт), из ФФСН №12 (16 карт), из ФОСН № 131 (16 карт), из ФФСН № 5 (16 карт), из ФФСН № 14дс (16 карт), из ФФСН № 62 (16 карт); Положение об оплате труда, распределении стимулирующих выплат и премировании (4 документа); Журнал учета забора крови в процедурном кабинете (16 документов); Журнал учета инъекций в процедурном кабинете (16 документов); Приказ о стимулирующих и премиальных выплатах (144 документа). Анкета медицинского работника (511 анкет) Анкета пациента (803 анкеты)	статистический, аналитический, социологический

2.2. Методы исследования

Исследование проводилось по комплексной методике, включающей совокупность следующих методов: изучения и обобщения опыта, аналитический, сравнительного анализа, статистический, социологический, экономический, хронометражный и организационного эксперимента.

Разработке системы материального стимулирования медицинских работников, ориентированной на конечные результаты их труд, и ее экспериментальной апробации, предшествовал аналитический этап. Анализировалась нормативно-правовая база федерального и регионального уровней по вопросам расчета должностных окладов и порядка оплаты труда медицинских работников, определения показателей результативности их деятельности, совершенствования системы оплаты. Изучались данные годовых отчетных форм медицинских организаций, выступающих базами исследования, в частности ФФСН № 30 «Сведения о медицинской организации», ФФСН № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания

лечебного учреждения», ФОСН № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения», ФФСН № 5 «Сведения о профилактических прививках», ФФСН № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения», ФФСН № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению», а также локальных документов исследуемых поликлиник по оплате труда медицинских работников за период 2010-2022 гг. На основании полученных данных из отчетных форм, оценивались в динамике основные показатели деятельности изучаемых поликлиник. В ходе исследования анализировалась структура данных медицинских организаций, укомплектованность медицинскими кадрами, обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом, уровень квалификации и возрастная структура медицинских работников, выполнение планового задания по посещениям, в том числе с профилактической целью, объемные и качественные показатели.

На следующем этапе изучались существующие принципы начисления заработной платы медицинским работникам, выявлялись проблемы существующей системы оплаты труда и предпосылки к изменению данной системы. Для характеристики структуры и уровня заработной платы врачей и средних медицинских работников на базах исследования изучались показатели деятельности сотрудников в отдельных клинических и диагностических подразделениях за тринадцать лет. В целом по поликлиникам анализировались регламенты и организационно-распорядительные документы, такие как Коллективный договор, Положение об оплате труда, Положение о распределении стимулирующих выплат, Положение о премировании, Приказы руководителей о надбавках стимулирующего и премиального характера, а также структура расходов финансовых средств медицинских организаций. В работе участковой службы оценивалось исполнение функции врачебной должности врачами-терапевтами участковыми (количество посещений на дому, на приеме, в том числе с

профилактической направленностью), проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе лиц старше 60 лет, выполнение плана профилактических прививок, количество выявленной онкологической патологии на ранних стадиях. В специализированных отделениях также оценивалось исполнение функции врачебной должности, показатели диспансерного наблюдения врачами-специалистами нуждающихся пациентов. В деятельности дневного стационара анализировались такие показатели, как количество коек, оборот койки, койко-дни, количество пролеченных пациентов. Диагностическая служба поликлиник представлена отделением функциональной диагностики, где изучалось количество различных видов исследований, отделением лучевой диагностики, где анализировалось количество рентгенологических, ультразвуковых и флюорографических исследований. Для оценки деятельности процедурного кабинета анализировалось количество процедур по забору крови и выполнению инъекций. Изучалось число обоснованных обращений граждан с жалобами на деятельность организации и персонала, а также объемы штрафных санкций в структуре расходов по результатам проверок контрольно-надзорных органов за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, основные причины отказов в оплате медицинской помощи, процент отказов в оплате по выставленным счетам (данные Единой информационной системы ОМС г. Санкт-Петербурга).

В ходе данного этапа проведено социологическое исследование сотрудников (врачей и медицинских сестер), с целью оценки степени удовлетворенности заработной платой, знания принципов ее формирования. Для этого была разработана специальная анкета (15 вопросов), содержащая закрытые и полузакрытые вопросы, атрибутивные вопросы (должность, стаж работы) и вопросы, непосредственно касающиеся заработной платы: своевременность ее получения, осведомленность о ее структуре, удовлетворенность ее уровнем, наличие (или отсутствие) критериев распределения стимулирующих выплат в медицинской организации, их

справедливость и т.д. (Приложение 1). Объем выборочной совокупности для проведения анкетирования определяли на основе шкалы В.И.Паниотто (1982) с допущением 5%-ной ошибки для формирования репрезентативной выборки. Всего в исследовании приняли участие 554 медицинских работника (объем репрезентативной выборки по В.И.Паниотто-292), в том числе 304 врача (объем репрезентативной выборки по В.И.Паниотто-229) и 250 медицинских сестер (объем репрезентативной выборки по В.И.Паниотто-231).

На следующем этапе разрабатывались принципы формирования дифференцированного подхода к расчету выплат стимулирующего характера. Для этих целей был произведен ряд исследований для разработки норм времени, нагрузки и численности медицинских работников. Последние разрабатывались по видам деятельности и отдельным трудовым операциям для различных категорий медицинских работников, оказывающих ПМСП с учетом специальности.

Разработка норм времени, нагрузки и численности врачей-терапевтов участковых, врачей-специалистов, сотрудников физиотерапевтических и эндоскопических отделений, врачей дневных стационаров, производилась с учетом существующей нормативно-правовой базы, в том числе типовых отраслевых норм времени на выполнение работ как методических ориентиров.

Разработка норм времени, нагрузки медицинских работников отделений функциональной диагностики, лучевой диагностики, ультразвуковой диагностики, процедурного кабинета, медицинских сестер дневных стационаров проводилось на основании хронометражных исследований фактического времени, затрачиваемого на выполнение каждой операции. Пример полученных затрат времени на отдельные трудовые операции представлен в приложении 2. Подобные исследования были выполнены по необходимым видам деятельности, включенным в исследования.

Для хронометражных наблюдений на базах исследований были созданы рабочие группы в составе: заместитель главного врача по медицинской части (председатель), заведующие отделениями, главная медицинская сестра,

старшая медицинская сестра отделения, врач-методист, экономист планово-экономического отдела.

Определялась формула распределения рабочего времени, коэффициент полезного использования рабочего времени, необходимое число респондентов для хронометражного исследования, число репрезентативных замеров. Рабочее время складывалось из сумм основной, вспомогательной, санитарно-эпидемиологической деятельностей, работы с документами, прочей служебной деятельности и личного времени. Коэффициент полезного использования рабочего времени определялся соотношением суммы основной и вспомогательной деятельности ко всему рабочему времени.

Число сотрудников для проведения хронометражных наблюдений определялось по формуле, рекомендуемой НИИ труда: n=N / K×N+1, где: n - объем выборки; N - генеральная совокупность; К - коэффициент ошибки выборки. Допустимая величина относительной ошибки наблюдений равна 10 %. т. е. К = 0,022. Пример расчета респондентов для хронометражных наблюдений в процедурном кабинете. n = 16 / (0,022 × 16 + 1) = 11,83 человек. Проведение хронометражных замеров на все виды работ проводилось среди всех сотрудников процедурных кабинетов базовых медицинских организаций – 16 человек. Выборка репрезентативна.

Для исследования времени на отдельные виды работ, исследования, процедуры, манипуляции при оказании пациенту медицинской помощи рассчитано число необходимых замеров по формуле:

$n = 2500 \text{ x } ((К^2 \text{ x } (Ку - 1)^2) / (С^2 \text{ x } (Ку + 1)^2))$,

где: К – коэффициент, соответствующий заданной доверительной вероятности (при вероятности 0,95 К = 2);

Ку – нормативный коэффициент устойчивости хроноряда (К=2,5)

С – необходимая точность наблюдений (С=0,95).

Расчет необходимого количества хронометражных замеров: $n=2500 \text{ x } ((2^2$

x $(2,5\text{-}1)^{2)}$ / ($0,95^2$ x $(2,5+1)^2$)) =2035. При необходимом количестве хронометражных замеров, согласно расчетам, 2035, нами было проведено 2425 замеров, что подтверждает достоверность полученных данных при проведении хронометражных измерений рабочего процесса медицинских работников процедурных кабинетов.

Полученные данные затрат времени на выполнение одной единицы вносились в специально разработанные технологические карты по учету нагрузки (Приложение 3). На основании этих данных устанавливалась нормативная учетная единица трудозатрат и определялось необходимое количество баллов, которое дает возможность получения только должностного оклада при полной отработанной норме часов в месяц. На каждого сотрудника заполнялась форма «Трудовой паспорт сотрудника», где высчитывались показатели «Количество пациенто-дней за месяц» и «Средняя нагрузка в день». Сводные данные оценки деятельности подразделения за месяц с указанием выполнения функции трудовой должности каждого сотрудника заносились в созданный «Трудовой паспорт отделения», где отражались норма баллов в день, фактическое количество набранных баллов, разница между фактическим количеством и нормой, процент доплаты. Также были разработаны понижающие коэффициенты и условия их применения в случаях, предусмотренных трудовым договором. Для создания благоприятных условий труда, удовлетворяющих медицинских работников и позволяющих им выполнять свои обязанности с большей результативностью, а также для ликвидации непроизводственных потерь в базы исследования в рамках создания новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП, были внедрены принципы бережливого производства. Подробное описание организационного эксперимента представлено в 4 главе диссертации, так как данный раздел работы носит преимущественно методический характер.

В ходе заключительного этапа проведена сравнительная оценка основных показателей деятельности всех баз исследований и входящих в их

состав подразделений до и после организационного эксперимента. Отдельно оценивались количественные и качественные показатели деятельности медицинского персонала, использующиеся в целях дифференцированной оплаты труда в двух точках сравнения.

Среди экономических показателей в динамике изучались: доля стимулирующих выплат в фонде экономии заработной платы; динамика доходной части бюджета медицинской организации; объемы штрафных санкций в структуре расходов. Также оценивались показали динамики кадровой обеспеченности (укомплектованность по штатным должностям и физическим лицам, коэффициенты совместительства, текучесть кадров).

С целью оценки степени удовлетворенности сотрудников заработной платой по итогам трехлетнего эксперимента производилось повторное анкетирование медицинского персонала в 2022 году с помощью специальной анкеты (Приложение 1). В анкетировании приняло участие 511 медицинских работников (объем репрезентативной выборки по В.И.Паниотто-224), среди которых более 90% составили те же лица, которые были опрошены на момент начала эксперимента.

Для оценки удовлетворённости пациентов качеством организации и оказания медицинской помощи была разработана специальная анкета, которая также была применена в двух точках исследования: начало и завершение эксперимента (Приложение 4). Анкета содержала 17 вопросов, где пациентам предлагалось оценить организацию и условия оказания медицинской помощи в поликлинике, соблюдение этико-деонтологических принципов работы, работу врача и медицинской сестры на приеме или при посещении на дому и ряд других. Количество участников анкетирования из каждой базы исследования определялось с учетом удельного веса численности обслуживаемого населения в общей численности населения всех четырех поликлиник – баз исследования (189 чел. - поликлиника № 1, 366 чел. - поликлиника № 2, 207 чел. - поликлиника № 3, 112 чел. - поликлиника № 4). Общий объем опрошенных на начало эксперимента составил 874 респондента,

на конец – 803 респондента. Формирование репрезентативной выборки также осуществлялось на основе шкалы В.И. Паниотто (1982) с допущением 5%-ной ошибки (для совокупности более 100000 объем репрезентативной выборки составляет 400 единиц).

Также одним из критериев качества организации работы поликлиник, который учитывался в исследованиях, являлось число обоснованных обращений граждан с жалобами на работу врачей и медицинских сестер до и после внедрения изменений в системе оплаты труда.

Обработка результатов проводилась традиционными статистическими методами с расчетом относительных величин, составлением вариационных рядов, определением средних, их ошибок и отклонений значимости различий и корреляционного анализа, построением динамических рядов и расчетом их показателей. Для оценки взаимосвязи между признаками применяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверность различий между показателями и средними величинами определяли с использованием критерия Стьюдента.

В исследовании использовались пакеты прикладных программ: Statistica for Windows 6.0 – для статистического анализа, MS Office-2010 (Word, Excel) – для организации и формирования матрицы данных, подготовки графиков и диаграмм. Непараметрические данные анализировались с использованием критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

2.3. Характеристика баз исследования

Исследование проводилось на базах четырех государственных медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению: городские поликлиники № 87 (далее – поликлиника № 1), № 96 (далее – поликлиника № 2), № 37 (далее – поликлиника № 3) и № 32 (далее – поликлиника № 4). Поликлиники № 1, 2 и 4 находятся в типовых, специально для поликлиник построенных зданиях, в то время как поликлиника № 3 - в историческом здании бывшей Петербургской Губернской Земской управы.

Базы исследования выбирались с учетом схожести структуры медицинских организаций и штатной численности персонала. При этом, две поликлиники (№ 1 и № 2) находились в активно развивающихся районах Санкт-Петербурга в плане жилищного строительства и, соответственно, увеличения численности населения, а две других (№ 3 и № 4) – в уже сформировавшейся исторической части города, где практически не строятся жилые дома, а, наоборот, идет тенденция на сокращение жилого фонда, что сказывается на численности обслуживаемого населения.

Поликлиника № 1 находится в Невском районе города. На 1 января 2023 года район по численности населения (547 896 чел.) занимал второе место среди административных районов СПб, по плотности населения (9032,2 чел. на км^2) – пятое место, по площади (60,66 км^2) – восьмое место.

Поликлиника № 2 располагается в Калининском районе. На 1 января 2023 года район по численности населения (536 794 чел.) занимал четвертое место, по плотности населения (13 359,7 чел. на км^2) – первое место, по площади (40,18 км^2) – одиннадцатое место.

Эти два района характеризуются размещением достаточного количества (22 в Невском и 29 в Калининском) промышленных предприятий металлургической, машиностроительной, ракетно-космической, химической, косметической, пищевой и других отраслей, активным строительством жилого фонда, увеличением численности проживаемого населения.

Поликлиника № 3 находится в Центральном районе СПб. На 1 января 2023 года район по численности населения (200 654 чел.) занимал одиннадцатое место, по плотности населения (11 291,7 чел. на км^2) – третье место, по площади (17,77 км^2) – семнадцатое место.

Поликлиника № 4 находится в Петроградском районе СПб. На 1 января 2023 года район по численности населения (115 757 чел.) занимал шестнадцатое место, по плотности населения (5924,1 чел. на км^2) – девятое место, по площади (19,54 км^2) – пятнадцатое место.

Центральный и Петроградский районы являются старейшими районами

и входят в исторический центр СПб. На территории этих районов не базируются промышленные предприятия, более развита сеть торговых и коммерческих учреждений, расселяются коммунальные квартиры, объемы жилищного строительства минимальные. За период исследования численность жителей Центрального района снизилась почти на 6,0%, что отразилось на численности обслуживаемого населения поликлиникой №3 (-4,5%). В поликлинике № 4 численность населения хоть и нарастала, но не такими темпами, как в поликлиниках № 1 и № 2 (Таблица 2.3).

Таблица 2.3 – Численность обслуживаемого взрослого населения в динамике с 2010 г. по 2022 г. (абс.)

Годы	Поликлиники							
	№ 1		№ 2		№ 3		№ 4	
	всего	из них старше трудоспособного возраста	всего	из них старше трудоспособного возраста	всего	из них старше трудоспособного возраста	всего	из них старше трудоспособного возраста
2010	46812	14046	93414	28958	60980	20733	29871	9857
2011	47620	14762	94617	28385	60769	20661	29911	10169
2012	48232	14469	95861	28745	60581	21203	29965	10188
2013	49512	14853	97088	30097	60397	21139	30012	10204
2014	50297	15089	98338	30484	60301	20502	30074	9924
2015	51172	15863	99577	29873	60118	21041	30138	9945
2016	52306	16215	100841	30252	59931	20976	30180	9959
2017	52848	16911	102149	31367	59526	20834	30220	10577
2018	53495	16548	103405	32056	59339	20175	31072	10564
2019	53961	16728	104664	33492	59161	20115	31739	10791
2020	54805	16990	105758	32541	58959	20046	32439	10704
2021	55382	16615	106294	32229	58637	19936	32641	10445
2022	56594	16678	107431	32951	58212	20374	32836	10535

В ходе исследования нами проанализированы структура баз исследования, динамика численности прикрепленного к обслуживанию населения, количественные и качественные характеристики кадрового состава.

В поликлиниках № 1 и № 2 удельный вес мужчин и женщин был практически одинаковый, в поликлиниках № 3 и № 4 преобладали женщины, в среднем за период исследования их доля составила соответственно 56,3% и 55,1%.

В 2022 году плановая мощность базовых поликлиник составила: поликлиника №1 – 750, поликлиника №2 – 1680, поликлиника №3 – 730 и поликлиника №4 - 635 посещений в смену соответственно.

В структуре исследуемых поликлиник имеются: терапевтические отделения (участковая служба); специализированные отделения (врачи-специалисты); дневные стационары; диагностические отделения; отделения лучевой диагностики; отделения профилактики; отделения профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний; отделения восстановительного лечения; клинико-диагностические лаборатории; процедурные кабинеты; прививочные кабинеты; отделения статистики; организационно-методические отделения; информационно-аналитические отделения.

Помимо этого, на базе поликлиники № 1 функционирует межрайонная клинико-диагностическая лаборатория, центр здоровья для взрослых; поликлиники № 2 – районное травматологическое отделение, женская консультация, Центр здоровья для взрослых, Центр амбулаторной хирургии и Центр амбулаторной урологии и андрологии; поликлиники № 3 - городской гастроэнтерологический центр, городской центр по лечению больных гемофилией, отделение скорой медицинской помощи, районное травматологическое отделение, поликлиники № 4 – женская консультация, отделение скорой медицинской помощи, центр амбулаторной хирургии.

В начале исследования практически во всех базовых поликлиниках отмечался дефицит врачебного и среднего медицинского персонала, так как уровень неукомплектованности штата физическими лицами был более 20,0%, коэффициент совместительства составлял более 1. Расчет кадрового дефицита производился на штатное расписание, утвержденное в базовых поликлиниках.

На момент начала исследования (2010 г.) и момент его окончания (2022

г.) укомплектованность штатов баз исследования физическими лицами составляла: в поликлинике № 1 – врачами соответственно 78,2% и 94,9%, врачами-терапевтами участковыми 94,1% и 100,0%, средними медработниками 72,7% и 86,8%; в поликлинике № 2 – врачами соответственно 61,4% и 72,2%, врачами-терапевтами участковыми 74,6% и 86,5%, средними медработниками 73,2% и 77,5%; в поликлинике № 3 – врачами соответственно 55,1% и 75,0%, врачами-терапевтами участковыми 56,7% и 90,6%, средними медработниками – 68,2% и 80,0%; в поликлинике № 4 – врачами соответственно 71,4% и 80,9%, врачами-терапевтами участковыми 75,0% и 95,2%, средними медработниками – 56,8% и 67,3%. За 2010-2022 гг. во всех исследуемых поликлиниках выросла укомплектованность врачебным персоналом, в том числе врачами-терапевтами участковыми, и средним медицинским персоналом. Наибольшая укомплектованность всеми категориями медицинских работников с тенденцией на увеличение за период исследования отмечалась в поликлинике № 1. Обеспеченность врачами в 2010 г. и 2022 г. в поликлинике № 1 – соответственно 12,8 и 21,6 на 10 000 населения, врачами-терапевтами участковыми 4,3 и 5,9 на 10 000 населения, средними медработниками – 21,4 и 22,9 на 10 000 населения; в поликлинике № 2 – соответственно врачами 11,1 и 19,2 на 10 000 населения, врачами-терапевтами участковыми 2,4 и 4,2 на 10 000 населения, средними медработниками 16,7 и 23,7 на 10 000 населения; в поликлинике № 3 – соответственно врачами 23,9 и 39,0 на 10 000 населения, врачами-терапевтами участковыми 2,8 и 5,0 на 10 000 населения, средними медработниками – 32,3 и 57,4 на 10 000 населения; в поликлинике № 4 – соответственно врачами 23,4 и 32,8 на 10 000 населения, врачами-терапевтами участковыми 2,3 и 5,8 на 10 000 населения, средними медработниками – 26,4 и 36,5 на 10 000 населения. Обеспеченность врачами, врачами-терапевтами участковыми во всех исследуемых поликлиниках за период исследования имеет тенденцию к увеличению, при этом в поликлинике № 1 к 2022 г. показатель достиг нормы 5,9 на 10 000 населения. Обеспеченность средним медицинским персоналом

также выросла.

Коэффициент совместительства с 2010 г. по 2022 г. у врачей-терапевтов участковых снизился в поликлинике № 1 с 1,13 до 1,0; в поликлинике № 2 с 1,3 до 1,15, в поликлинике № 3 с 1,59 до 1,10; в поликлинике № 4 с 1,42 до 1,05. У медицинских сестер отмечалось также снижение коэффициента совместительства: в поликлинике № 1 соответственно с 1,4 до 1,15; в поликлинике № 2 с 1,23 до 1,11; в поликлинике № 3 с 1,70 до 1,12; в поликлинике № 4 с 1,65 до 1,4.

На начало исследования отмечалась низкая укомплектованность штатов по физическим лицам врачебного (55,1%-78,2%) и сестринского (56,8%-73,2%) персонала. Коэффициент совместительства среди врачей-терапевтов участковых находился в пределах 1,13-1,59, а среди медицинских сестер – 1,23-1,70. Наименьшие показатели укомплектованности медицинскими кадрами по физическим лицам, наибольшие коэффициенты совместительства, преобладание старших возрастных групп сотрудников среди врачей и среднего медицинского персонала - отмечались в поликлиниках исторического центра города №3 и №4.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

3.1. Изучение показателей деятельности поликлиник, участвующих в организационном эксперименте

Начальным этапом данного раздела исследования явилось изучение показателей деятельности поликлиник, которые приняли участие в организационном эксперименте, и их структурных подразделений. Изучения данных показателей явилось важным этапом оценки исходного состояния объектов исследования перед внедрением системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества их труда.

Для проведения анализа были использованы следующие показатели: выполнение функции врачебной должности, включающей в себя число посещений врачами-терапевтами участковыми пациентов на дому и число амбулаторных посещений, в том числе с профилактической целью; выполнение плана диспансеризации и вакцинации взрослого населения; процент выявления онкологической патологии на ранних стадиях.

В период с 2010 по 2018 годы наибольшее среднегодовое число посещений на дому на одного взрослого, проживающего в зоне обслуживания поликлиники, составило: в поликлинике № 1 - 0,53, в поликлинике № 2 - 0,48, в поликлинике № 3 - 0,43 и в поликлинике № 4 - 0,42 на 1 жителя соответственно. При анализе функции врачебной должности по видам посещений выявлена разноплановая тенденция в различиях. Так, не выявлено статистически значимых различий при расчете среднегодового числа посещений на дому на одного участкового врача-терапевта. Данный

показатель варьировался от 1424,7 в поликлинике № 1 до 1438,9 в поликлинике № 2 (p>0,05). Однако, выявлено достоверное различие в показателях количества амбулаторных посещений на одного жителя в год: от 1,51 в поликлинике № 1 до 1,15 в поликлинике № 3 (p <0,05). При этом от 10,1% до 11,6% посещений в общей структуре носили профилактический характер. На одного врача-терапевта участкового в среднем за год приходилось в поликлинике № 1 – 4004,20 амбулаторных посещений, в поликлинике № 2 – 4337,81, в поликлинике № 3 – 3855,91, в поликлинике № 4 – 4004,12. Доля посещений с профилактической целью на амбулаторном приеме на одного врача колебалась от 10,3% до 11,4% (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 - Выполнение среднегодовой функции врачебной должности врачами-терапевтами участковыми по видам посещений (2010-2018 гг.)

Годы	Число посещений на дому		Число амбулаторных посещений		в т.ч. с профилактической целью	
	на 1 жителя	на 1 врача	на 1 жителя	на 1 врача	на 1 жителя	на 1 врача
Поликлиника № 1						
2010-2018	0,53	1424,71	1,51	4004,20	0,16	427,32
		Поликлиника № 2				
2010-2018	0,48	1438,90	1,46	4337,81	0,17	494,31
Поликлиника № 3						
2010-2018	0,43	1431,42	1,15	3855,91	0,13	434,21
Поликлиника № 4						
2010-2018	0,42	1426,81	1,19	4004,12	0,12	411,0

Показатель выполнения плана диспансеризации взрослого населения с 2010 года по 2012 год в среднем колебался в диапазоне от 83,0% в поликлинике № 3 до 91,0% в поликлинике № 1.

С 2013 года в соответствии с приказом МЗ РФ от 3 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных

групп взрослого населения» стартовала новая система диспансеризации взрослых. Результаты анализа показали, что среднегодовые значения коэффициента охвата диспансеризации взрослого населения за исследуемый период варьировались в диапазоне от 94,5 до 97,0%. При этом охват диспансеризацией лиц в возрасте 60 лет и старше в исследуемых поликлиниках сохранялся примерно на одинаковом уровне с незначительными вариациями от 82,8 до 84,2 % соответственно (Рисунок 3.1).

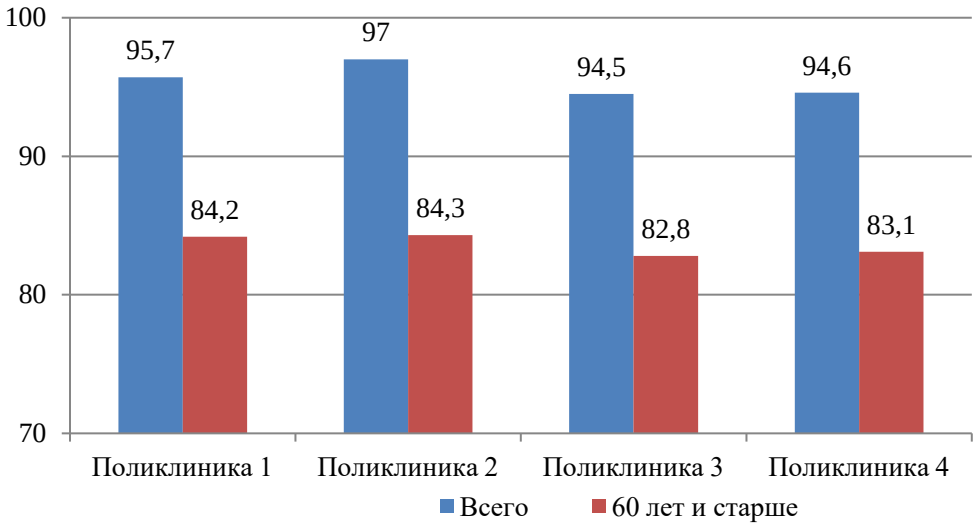

Рисунок 3.1 – Среднегодовые значения показателя выполнения плана диспансеризации взрослого населения в исследуемых поликлиниках (%, 2013-2018 гг.)

Еще одним важным индикатором, характеризующим профилактическую деятельность участкового врача-терапевта, является охват взрослого населения специфической иммунопрофилактикой, то есть вакцинацией. Данный показатель также нами оценивался в рамках настоящего исследования.

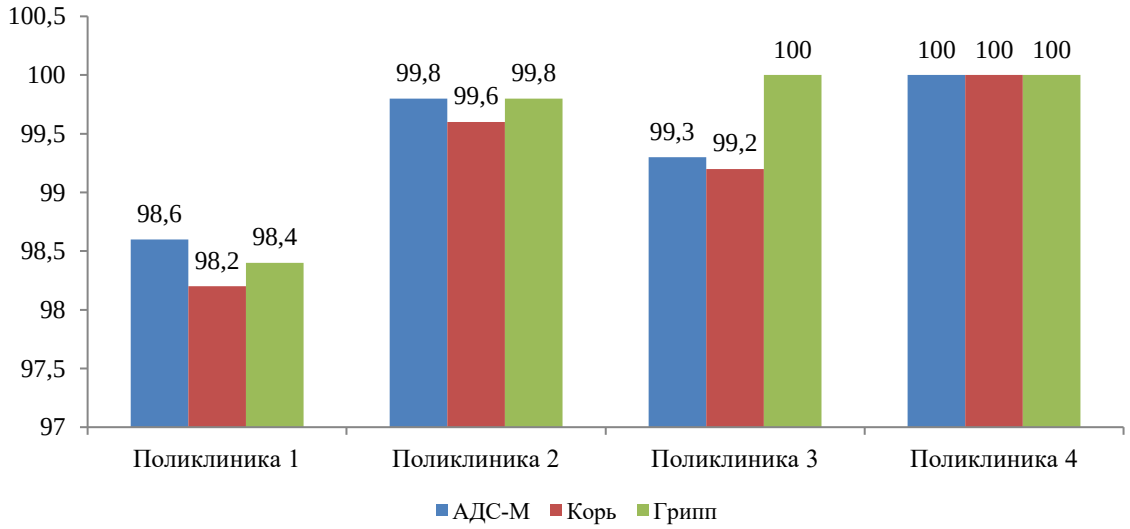

Рисунок 3.2 – Среднегодовые значения показателя выполнения плана профилактических прививок среди взрослого населения, 2010-2018 гг.

По данному показателю в сравниваемых поликлиниках в их среднегодовых уровнях выявлены высокие уровни, практически не отличающиеся между собой, приближающиеся по своим значениям к 100% (Рисунок 3.2). Так, показатели ревакцинации против дифтерии и столбняка варьировались от 98,6% в поликлинике № 1 до 100,0% в поликлинике № 4, ревакцинации против кори – от 98,2% до 100,0% соответственно, вакцинации против гриппа – от 98,4% до 100,0% соответственно.

Для своевременного оказания медицинской помощи лицам со злокачественными новообразованиями, одним из приоритетных направлений деятельности врачей является выявление онкологической патологии на ранних стадиях. Важнейшая роль в этом отводится медицинским организациям, оказывающим ПМСП. Исследование показало, что во всех поликлиниках ежегодно увеличивалась доля онкологических заболеваний, выявленных на ранних стадиях. За девять лет данный показатель вырос в поликлинике № 1 на 27,2%, в поликлинике № 2 на 30,6%, в поликлинике № 3 на 28,2%, в поликлинике № 4 на 34,1%.

При сравнении среднегодовых значений показателя выявляемости онкологической патологии на ранних стадиях у взрослого населения за

исследуемый период выявлены их достоверные различия. Наибольшие средние уровни анализируемого показателя отмечены в поликлинике № 1 (49,2%), наименьший – в поликлинике № 4 (42,8%) (p <0,05) (Рисунок 3.3).

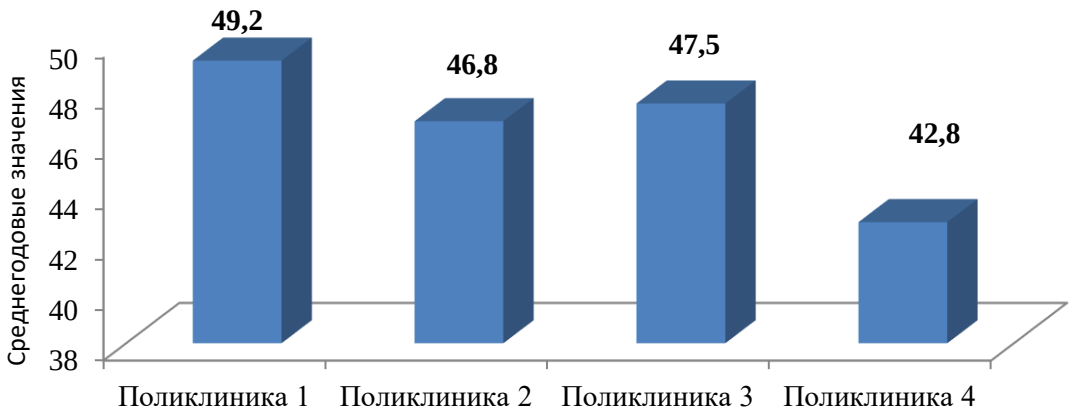

Рисунок 3.3 – Среднегодовые значения числа выявленной онкологической патологии на ранних стадиях от всей выявленной онкологической патологии, (%, 2010-2018 годы)

Важную роль в организации качественной и доступной ПМСП населению играет средний медицинский персонал. Укомплектованность процедурных кабинетов поликлиник – баз исследования средним медицинским персоналом составляла 100,0% в каждый год исследования.

Были проанализированы показатели числа забора биологического материала, проведения инъекций и прививок на 1000 населения. Существенные различия показателей отмечались в частоте забора крови, от 547,8 на 1000 в поликлинике № 4 до 629,2 на 1000 в поликлинике № 1 (p <0,01), а также в частоте инъекций – от 591,0 на 1000 в поликлинике № 4 до 628,1 на 1000 в поликлинике № 3 (p <0,05). За 2010-2018 годы в поликлиниках отмечалось увеличение частоты забора крови от 29,1% в поликлинике № 3 до 113,4% в поликлинике № 1 и частоты инъекций от 8,2% в поликлинике № 3 до 28,7% в поликлинике № 1.

В 2010-2018 гг. пациенты ожидали забора крови в порядке «живой» очереди, так как предварительная запись в этот период отсутствовала, что в последующем послужило основой для преобразований в этой части.

Также нами был проведен анализ обращений граждан. Наиболее важным показателем в данном случае является число обоснованных жалоб, поступающих от населения, проживающего в районе обслуживания поликлиник.

Среднее количество обращений граждан колебалось от 5,2 на 1000 в поликлинике № 1 до 6,1 на 1000 в поликлинике № 2. От 91,0% до 96,0% обращений носили характер жалоб, более половины из них (53,4%-57,9%) признаны обоснованными. Статистически достоверных различий в уровнях показателей числа обращений граждан не выявлено (p>0,05).

Также анализировались причины отказов в оплате случаев оказания медицинской помощи пациентам страховыми медицинскими организациями по реестрам счетов в исследуемых поликлиниках. В структуре причин, по которым было отказано в оплате, на всех базах исследования на первом месте отмечалось нерациональное использование ресурсов, т.е. в реестр выставленных счетов включена медицинская помощь, оказанная сверх территориальной программы ОМС.

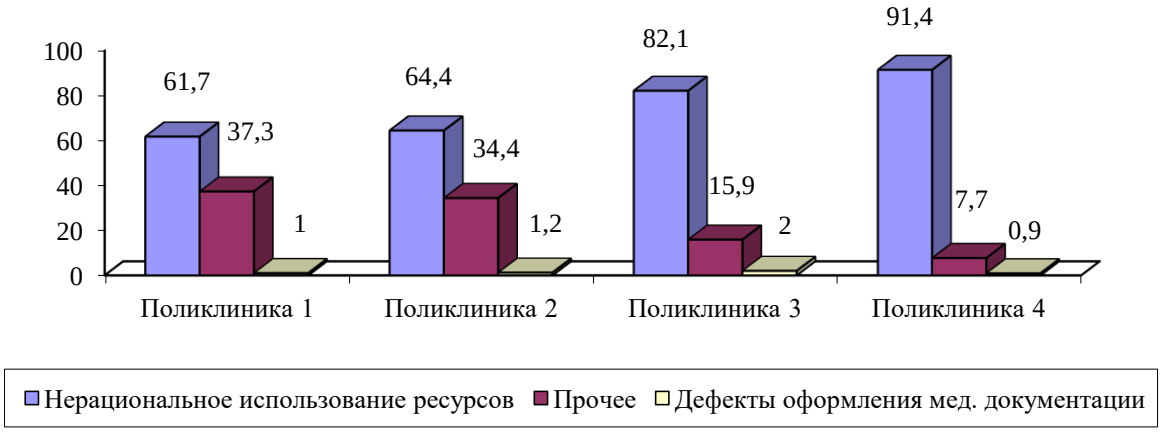

Рисунок 3.4 – Число отказов оплаты случаев оказания медицинской помощи по реестрам счетов (%, 2010-2018 гг.)

Наиболее часто по данной причине отказывалось в оплате поликлинике № 4 (91,4%). Наименьший показатель зафиксирован в поликлинике № 1 (61,7%). Такая причина как наличие дефектов оформления медицинской документации встречалась крайне редко и за исследуемый период ее уровень колебался в диапазоне 0,9 - 2,0 случая на 100 проведенных экспертиз. Среднегодовой уровень прочих причин, занимавших второе место, отличался в поликлиниках в 2,5-5 раз и варьировался от 7,7 в поликлинике № 4 до 37,3 случаев на 100 выставленных счетов в поликлинике № 1 соответственно (Рисунок 3.4).

В группу прочих причин вошли: повторное выставление счета за уже оплаченную медицинскую помощь; дефекты, выявленные в ходе МЭЭ и ЭКМП; дата оказания медицинской помощи не соответствует отчетному периоду; некорректные данные о пациенте; оказание медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией.

Среднегодовая структура прочих причин за исследуемый период в поликлиниках отличались друг от друга. Повторное выставление счета за уже оплаченную медицинскую помощь лидировало в поликлиниках № 3 и № 4, занимая половину и больше от всех причин (53,2% и 50,0% соответственно), что в 1,6-2,3 раза больше, чем в других поликлиниках. В поликлинике № 2 первое место занимали дефекты, выявленные при МЭЭ и ЭКМП (52,7%), это в 2-4 раза выше, чем в остальных поликлиниках. В поликлинике № 1 на первом месте находилось несоответствие даты оказания медицинской помощи отчетному периоду (38,8%), что на 62,6%-93,3% больше, чем в других поликлиниках. Во всех базах исследования самый удельный вес (от 1,1 до 1,7%) приходился на оказание медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией (Рисунок 3.5).

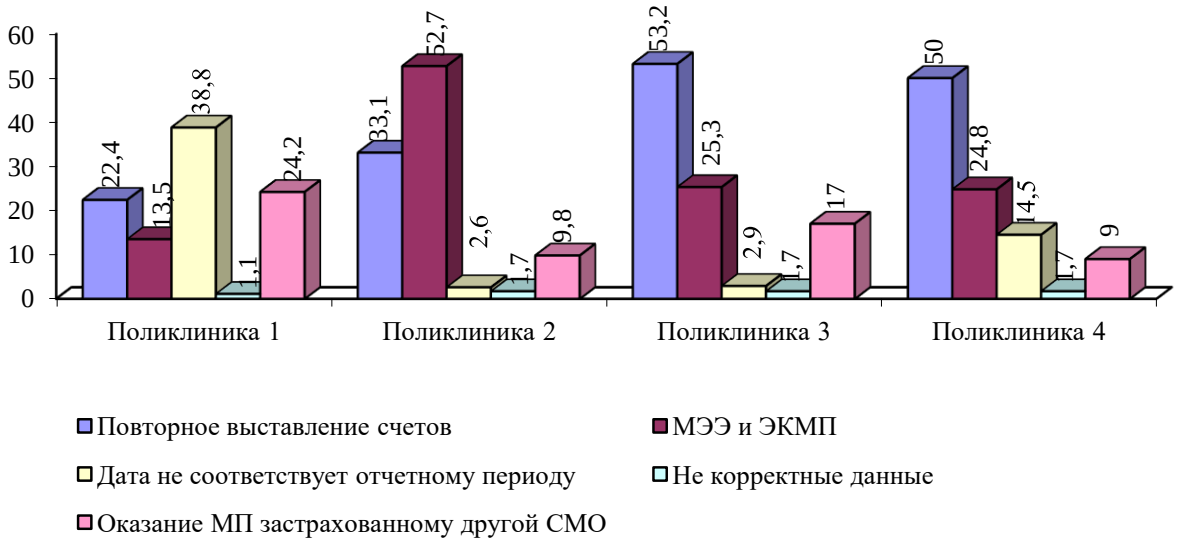

Рисунок 3.5 – Среднегодовые уровни отдельных причин отказов оплаты случаев оказания медицинской помощи (%, 2010-2018 гг.)

При изучении отказов оплаты выставленных счетов выяснилось, что в период исследования данный показатель во всех поликлиниках имел годовые колебания, при этом среднегодовой уровень отказов варьировался от 7,6% до 8,2%. Из всех случаев отказов в оплате медицинской помощи только 4,5-7,3% подлежали повторному выставлению: некорректные данные о пациенте и оказание медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией.

3.2. Оценка системы оплаты труда медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

В ходе исследования проанализирована структура расходов финансовых средств базовых поликлиник (Таблица 3.2). Представленные данные показывает, что фонд оплаты труда занимает наибольший удельный вес в структуре всех расходов медицинских организаций во все годы исследования, демонстрируя среднегодовые вариации от 60,1 до 84,0 %.

Таблица 3.2 – Структура расходов финансовых средств поликлиник (%, среднегодовые значения за 2010-2018 гг.)

	Виды расходов				
Фонд оплаты труда	Ремонтные работы	Коммунальные и иные расходы	Приобретение мед. оборудования и инвентаря	Приобретение медикаментов и реактивов	Прочие
Поликлиника 1					
60,1	3,0	1,0	6,0	24,0	5,8
Поликлиника 2					
74,5	1,51	4,7	4,3	13,0	2,0
Поликлиника 3					
84,0	2,0	4,0	6,5	2,8	0,7
Поликлиника 4					
80,3	2,6	1,7	4,2	8,8	2,3

В рамках второго и третьего этапов исследования изучались принципы формирования заработной платы медицинских работников в базовых медицинских организациях и факторы, влияющие на формирование систем оплаты труда.

В соответствии с Федеральным законом РФ от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ «Трудовой кодекс Российской Федерации», заработная плата устанавливается трудовым договором между работником и работодателем.

Региональные нормативные акты о системе оплаты труда разрабатывались на основании федеральных документов, в частности Распоряжения Правительства РФ от 26.11.2012 г. № 2190-р «Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы», Приказа Минздрава России от 28.06.2013 г. № 421 «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» и т.д.

В СПб заработная плата медработникам рассчитывалась согласно:

1. Закону Санкт-Петербурга от 5 октября 2005 года № 531-74 «О системах оплаты труда работников государственных учреждений Санкт-Петербурга», Закона Санкт-Петербурга от 25.12.2015 № 904-186 «О внесении изменений в закон Санкт-Петербурга «О системах оплаты труда работников государственных учреждений Санкт-Петербурга» [34, 37].

2. Постановлению Правительства Санкт-Петербурга № 1673 от 1.11.2005 г. «О системе оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» (с изм.) [112].

3. Распоряжению КЗ Санкт-Петербурга от 26.08.2016 г. № 332-Р «Об утверждении Положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» [139].

4. Закону СПб от 30.11.2018 № 711-144 «О бюджете Санкт-Петербурга на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», ст. 26 [38].

5. Распоряжению КЗ Санкт-Петербурга 228-р от 21.06.2016 г. «Об утверждении методических рекомендаций по оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» [136].

Фонд оплаты труда распределялся на несколько составных элементов: должностной оклад, компенсационные, стимулирующие и премиальные выплаты. Величина должностных окладов регламентирована отраслевыми распоряжениями. Расчет должностных окладов производился на основе должностных окладов в соответствии со Схемой расчета: это сумма базового оклада и произведений базового оклада на повышающие коэффициенты к нему.

Повышающие коэффициенты к базовому окладу устанавливались, исходя из стажа работы (коэффициент стажа работы), условий труда, типов, видов медицинских организаций и их структурных подразделений (коэффициент специфики работы), квалификации (коэффициент квалификации), масштаба и сложности руководства организацией (коэффициент масштаба управления) и должности, занимаемой в системе управления организацией (коэффициент уровня управления). Размеры

повышающих коэффициентов для определения величины должностных окладов устанавливались в соответствии со Схемой расчета (Приложение 5).

Компенсационные выплаты и их величина устанавливались в соответствии с Распоряжениями Комитета по здравоохранению СПб № 58-р от 15.02.2011 г., № 213-р от 06.06.2014 г., № 332-р от 26.08.2016 г. [137, 138, 139], коллективными договорами, соглашениями, иными локальными нормативными актами медицинских организаций по согласованию с выборным органом первичной профсоюзной организации в пределах фонда оплаты труда и отражались в трудовом договоре. Это выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, за дополнительные трудозатраты работника, которые связаны с условиями труда, особенностями трудовой деятельности и характером отдельных видов труда, совмещении профессий (должностей), работу за пределами нормальной продолжительности рабочего времени, в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни и др.

На основании Постановления Правительства РФ от 29 декабря 2009 г. № 1110 с 1 января 2010 г. к выплатам стимулирующего характера относились ежемесячные субсидии врачам-терапевтам участковым в размере 10 тыс. рублей, медицинским сестрам участковым в размере 5 тыс. рублей за оказание дополнительной медицинской помощи [107]. Впоследствии данные выплаты были отнесены к компенсационным.

Осуществление стимулирующих выплат в поликлиниках по результатам работы зависело от количества и качества труда работников, в том числе в условиях внутреннего совместительства и совмещения профессий, финансового состояния организации и факторов, влияющих на сам факт и размер выплаты. Перечень, размеры и порядок начисления этих выплат устанавливались коллективным договором, соглашениями и иными локальными нормативными актами в соответствии с Трудовым кодексом РФ и показателями, критериями оценки труда работников, регламентированными отраслевыми распоряжениями. Выплаты производились в рамках фонда оплаты труда, при возможности финансирования.

В ходе исследования была изучена структура заработной платы медицинских работников четырех базовых поликлиник. Исходя из положений об оплате труда, утвержденных в данных медицинских организациях, фонд оплаты труда медицинских работников складывался из фонда должностных окладов и надтарифного фонда, состоящего из компенсационных, стимулирующих и премиальных выплат, которые определялись коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами РФ и СПб.

В структуру заработной платы врачебного персонала наибольший вклад в среднегодовом расчете вносили стимулирующие и премиальные выплаты (44,0%-45,0%), за исключением поликлиники № 2 (36,0%), где превалировал должностной оклад (45,0%) (Таблица 3.3). У медицинских сестер в зависимости от поликлиники практически половину и больше (47,0-58,0%) занимал должностной оклад. На компенсационные выплаты у врачей приходилось от 17,0% до 20,0%, у медицинских сестер – от 20,0% до 25,0%. У врачей доля должностного оклада варьировалась от 35,0% в поликлинике № 4 до 45,0% в поликлинике № 2, у среднего медицинского персонала – от 47,0% в поликлинике № 3 до 58,0% в поликлинике № 4. Удельный вес стимулирующих и премиальных выплат у врачей находился в пределах от 36,0% в поликлинике № 2 до 45,0% в поликлиниках № 3 и 4, у среднего медицинского персонала – от 17,0% в поликлинике № 4 до 33,0% в поликлинике № 3.

Таблица 3.3 – Структура заработной платы медицинских работников в поликлиниках в 2010-2018 гг. (среднегодовые значения, %)

Поликлиники	Врачи			Средний медицинский персонал		
	Должностной оклад	Стимулирующие и премиальные выплаты	Компенсационные выплаты	Должностной оклад	Стимулирующие и премиальные выплаты	Компенсационные выплаты
Поликлиника 1	38,0	44	18	55	22	23
Поликлиника 2	45,0	36	19	52	27	21
Поликлиника 3	38	45	17	47	33	20
Поликлиника 4	35	45	20	58	17	25

В ходе исследования проведено изучение формирования дополнительных выплат стимулирующего характера медицинским работникам в изучаемых поликлиниках. В структуру дополнительных выплат входили стимулирующие выплаты, которые выплачивались ежемесячно, и премиальные выплаты.

Стимулирующие выплаты начислялись: за выполнение особо важных и сложных заданий; за перевыполнение плановых заданий; за активное участие в проведении профилактических медицинских осмотров (диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации инвалидов, ветеранов и т. д.); за повышение доступности оказания медицинской помощи; за предложения, способствовавшие улучшению деятельности медицинской организации, за проявленную инициативу в решении имеющихся задач на своем рабочем месте в рамках своей компетенции; за качественное исполнение разовых поручений, входящих в уставную деятельность и пр. При этом определялась сумма экономии фонда оплаты труда нарастающим итогом с начала года с учетом резерва средств на предстоящую оплату отпусков и иных выплат в соответствии с законодательством. Стимулирующие выплаты производились только в пределах планового фонда оплаты труда. Определение размера средств, стимулирующего характера, осуществлялось на основе анализа данных о плановом фонде оплаты труда (в том числе по соответствующим источникам финансирования).

Допускались разовые выплаты (премии) сотрудникам к праздникам и юбилеям, а также по итогам работы за период (месяц, квартал, полугодие, 9 месяцев, год). Эти выплаты носили персональный характер, формировались для определенного случая, исходя из средств, имеющихся в фонде оплаты труда на материальное поощрение, назначались главным врачом по ходатайству руководителей структурных подразделений. Премиальные выплаты выплачивались из средств экономии фонда заработной платы, после выплат всей заработной платы по итогам года, либо квартала, либо месяца.

Было выявлено, что с 2010 г. по 2014 г. медицинским работникам в

качестве дополнительных средств назначались только премии. С 2015 г. помимо премий стали начисляться еще и ежемесячные стимулирующие выплаты, на долю которых приходилось порядка 40,0% в структуре дополнительных выплат.

Изучив локальные нормативные акты базовых поликлиник по системе оплаты труда, было установлено, что распределение стимулирующих средств между работниками производилось, исходя из балльного показателя оценки работы конкретного работника. Для определения общего числа баллов применялись определенные коэффициенты, которые в исследуемых поликлиниках имели разные названия, но, по сути, отражали одно и то же. Поэтому в исследовании они были разделены на 2 группы и условно определены следующим образом:

1 группа («объективные») – коэффициент по должности ($К_1$); коэффициент квалификации ($К_2$); коэффициент рабочего времени ($К_3$); коэффициент удержания ($К_4$); коэффициент занятости ($К_5$); коэффициент совместительства ($К_6$); коэффициент замещения вышестоящей должности ($К_7$);

2 группа («субъективные») – коэффициент исполнения плановых заданий ($К_8$); коэффициент эффективности труда ($К_9$).

Количество баллов по каждому работнику представляло собой произведение набранных им коэффициентов:

$$Кб = К_1 \times К_2 \times К_3 \times К_{n.}$$

Сумма баллов по всем работникам (Р) складывалась из количества баллов, набранных работниками:

$$Р = Р_1 + Р_2 + Р_3 + Р_{n.}$$

$$\text{Стоимость одного балла} = \frac{\text{Фонд экономии зарплаты}}{\text{Сумма баллов, набранных всеми сотрудниками}}$$

Сумма стимулирующих выплат по каждому сотруднику в итоге представляет собой произведение числа баллов, набранных сотрудником, и стоимости одного балла.

«Объективные» коэффициенты изначально имели фиксированные значения в баллах. Коэффициент по должности определялся, исходя из основной занимаемой должности, и имел значение от «3» до «12» (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Значения коэффициента по должности

Наименование должности	Значение коэффициента (баллы)
Заместители главного врача	12
Главная медицинская сестра	10
Заведующие подразделениями, имеющие в подчинении 7 и более человек, заведующие центрами	9
Заведующие подразделениями, имеющие в подчинении менее 7 человек, старшая медицинская сестра поликлинического отделения	8
Врачи-терапевты участковые, врачи общей (семейной) практики, врачи отделения скорой медицинской помощи, старшие медицинские сестры подразделений, имеющие в подчинении 7 и более человек	7
Врачи, кроме врачей-терапевтов участковых	6
Фельдшер, фельдшер-лаборант, акушерка, медицинская сестра по массажу, палатная, процедурная, старшие медицинские сестры подразделений, имеющие в подчинении менее 7 человек, медицинские сестры участковые	5
Медицинские сестры, лаборанты, рентгенолаборанты	4
Санитарка	3

Коэффициент рабочего времени выражался в абсолютном значении фактического количества отработанных дней за определенный период времени. Расчет числа рабочих дней осуществлялся, исходя из нормальной продолжительности рабочего времени. Для сотрудников, работающих в условиях суточной занятости, расчет проводился, исходя из фактически отработанных часов рабочего времени, приведенных к нормальной продолжительности рабочей смены. В расчет коэффициента рабочего времени не входило время нахождения работника в отпуске, отгуле, временной

нетрудоспособности, обучении и т.д. Количество фактически отработанного рабочего времени по каждому работнику должно было соответствовать данным в табеле учета рабочего времени.

Коэффициент квалификации имел значение от «1,0» до «1,5», его значения представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5 - Коэффициент квалификации

Критерии оценки	Значение коэффициента (баллы)
Работник, не имеющий квалификационной категории	1,0
Работник, имеющий вторую квалификационную категорию	1,1
Работник, имеющий первую квалификационную категорию	1,2
Работник, имеющий высшую квалификационную категорию	1,3
Работник, имеющий степень «Кандидат наук»	1,4
Работник, имеющий степень «Доктор наук»	1,5

Также в разработанной системе применялся *коэффициент удержания*, который имел значения «0» или «1,0». Значение «0» применялось к работнику, имеющему действующее дисциплинарное взыскание на момент распределения стимулирующих выплат. У остальных работников коэффициент был равен «1».

Коэффициент занятости определялся фактической максимальной занятостью работника в течение анализируемого периода времени, но не более 1,0 должностного оклада. Значение коэффициента занятости составляло – «0,25»; «0,5»; «0,75»; «1,0» и определялось как степень занятости работника в течение не менее 50% анализируемого периода.

Коэффициент совместительства применялся для медицинских работников, временно работающих на нескольких участках, выполняющих работу по разным подразделениям. Он имел значение от «1,0» до «1,1».

Коэффициент замещения вышестоящей должности использовался для административно-управленческого персонала и руководящих работников,

временно замещающих отсутствующих руководителей. Он имел значение от «1,0» до «1,1».

К числу «субъективных» коэффициентов были также отнесены коэффициент исполнения плановых заданий и коэффициент эффективности труда.

Коэффициент исполнения плановых заданий определяется как отношение фактического исполнения функции врачебной (сестринской) должности к плановому значению, принятому за 1,0.

$$\text{Коэффициент исполнения плановых заданий} = \frac{\text{фактическое исполнение функции врачебной (сестринской) должности}}{\text{плановое значение}} \times 100\%$$

Данный коэффициент имел значение от «0» до «1,0». Нулевое значение коэффициент приобретает при фактическом исполнении функции врачебной (сестринской) должности менее 60%. Стимулирующие выплаты в данном случае не назначались. Размер стимулирующих начислений не зависел от объема выполнения планового задания, основным критерием было «выполнено 60,0% и более» или «не выполнено», что исключает дифференцированный подход. Плановые значения функции врачебной (сестринской) должности для каждого конкретного подразделения за анализируемый период времени определялись, исходя из специфики его работы, и соответствовали общим задачам и целям медицинской организации (исполнение плана посещений, исполнение плана вызовов, профилактических прививок и т.д.). Для структурных подразделений, а также для отдельных категорий медицинских работников, не имеющих плановых функций врачебной (сестринской) должности, коэффициент устанавливался как средний по подразделению (поликлиническому отделению, центру и т.д.) или поликлиники в целом.

Нормы плановых заданий имеют «плавающий» характер и не имеют внутренних расчетных значений, поскольку не определены в локальных нормативных правовых актах. Ответственность за определение и установление коэффициента исполнения плановых заданий возлагалась на руководителей структурных подразделений. Согласование его необходимо было провести с заместителем главного врача по медицинской части, либо с заместителем главного врача по обязательному медицинскому страхованию (при его наличии).

Коэффициент эффективности труда устанавливался руководителями подразделений для каждого сотрудника и имел значение от «0,5» до «1,0». Коэффициент являлся экспертной оценкой качества исполняемой работы (внедрение современных успешных технологий оказания медицинской помощи населению, научная организация труда, наличие или отсутствие замечаний производственного характера, обоснованных жалоб пациентов, соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, участие в общественной жизни организации и т.д.). Целью данного показателя являлось стимулирование результативности труда внутри подразделения. Коэффициент эффективности труда для врачебного персонала согласовывался с заместителем главного врача по медицинской части, для среднего медицинского персонала – с главной медицинской сестрой.

Главный врач самостоятельно определял значение коэффициента эффективности труда для всех своих заместителей, главного бухгалтера; заведующих поликлиническими отделениями; заведующих центрами; главной медицинской сестры; заведующих регистратурой и канцелярией.

Значение коэффициента эффективности труда для подчиненного сотрудника устанавливалось на усмотрение его непосредственного руководителя, что отражало субъективный характер этого показателя.

Главный врач имел право вносить корректировки по подразделениям и отдельным работникам по объемам стимулирующих выплат. Ведомость распределения данных выплат по подразделениям согласовывалась с

первичной профсоюзной организацией (его представителем) и представлялась в виде рапорта главному врачу. На основании поданных рапортов издавался приказ о начислении стимулирующих выплат.

В таблице 3.6 представлены сводные данные о коэффициентах, которые применялись в поликлиниках для определения выплат стимулирующего характера до внедрения эксперимента.

Таблица 3.6 – Коэффициенты, используемые в поликлиниках, для определения выплат стимулирующего характера

Поликлиника 1	Поликлиника 2	Поликлиника 3	Поликлиника 4
-коэффициент по должности; -коэффициент квалификации; -коэффициент рабочего времени; -коэффициент занятости; -коэффициент совместительства -коэффициент исполнения плановых заданий; -коэффициент эффективности труда.	-коэффициент по должности; -коэффициент квалификации; -коэффициент рабочего времени; -коэффициент замещения вышестоящей должности; -коэффициент исполнения плановых заданий; -коэффициент эффективности труда.	-коэффициент по должности; -коэффициент квалификации; -коэффициент рабочего времени; -коэффициент удержания; -коэффициент занятости; -коэффициент совместительства -коэффициент замещения вышестоящей должности; -коэффициент исполнения плановых заданий; -коэффициент эффективности труда.	-коэффициент по должности; -коэффициент квалификации; -коэффициент рабочего времени; -коэффициент занятости; -коэффициент замещения вышестоящей должности; -коэффициент эффективности труда.

Далее в ходе анализа было установлено, что положения об оплате труда базовых поликлиник не имели четко прописанных показателей объемов работы и критериев оценки качества и результативности деятельности медицинских работников.

На следующей схеме представлены общепринятые подходы к формированию выплат стимулирующего характера в исследуемых поликлиниках до внедрения эксперимента.

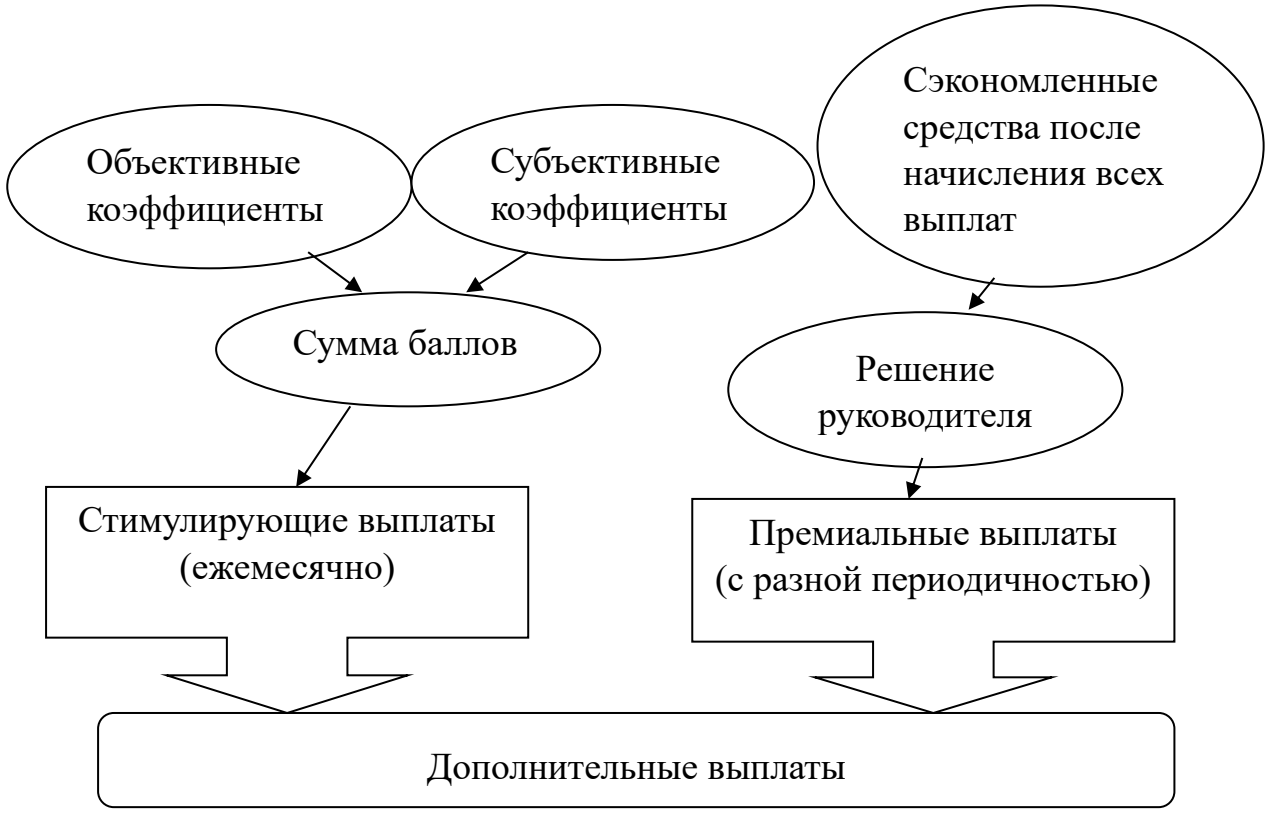

Рисунок 3.6 – Общепринятые подходы к формированию выплат стимулирующего характера медицинским работникам

Известно, что федеральное и региональное законодательство не содержит единые критерии и подходы к начислению стимулирующих выплат, руководство исследуемых поликлиник при согласовании с первичной профсоюзной организацией могло на свое усмотрение разрабатывать коэффициенты для балльной оценки труда сотрудников, закреплять их в локальных нормативных актах и внедрять в деятельность медицинской организации для определения объемов стимулирующих выплат.

3.3. Изучение мнения медицинских работников о действующей системе оплаты труда и удовлетворенности пациентов доступностью и условиями оказания медицинской помощи в поликлиниках

3.3.1. Результаты изучения мнения медицинских работников о действующей системе оплаты труда

С целью оценки степени удовлетворенности заработной платой, знания и понимания ее формирования в ходе исследования, проведено анонимное анкетирование сотрудников (врачи и медицинские сестры) базовых поликлиник. Респонденты ответили на вопросы специально разработанной анкеты, касающиеся оплаты труда: своевременность получения зарплаты, из чего она складывается, удовлетворенность ее уровнем, осведомленность о критериях распределения стимулирующих выплат, их справедливость и т.д.

В опросе приняли участие 554 сотрудника, из них 4 руководителя (0,7%), 23 заведующих отделениями (4,2%), 277 врача (50,0%) и 250 медицинских сестер (45,1%).

Подавляющее число респондентов имели стаж работы более 5 лет, 94,7% врачебного персонала и 83,2% среднего медицинского персонала, стаж до 3-х лет был у 3,9% и 12,0% соответственно, стаж от 3 до 5 лет – у 1,3% врачей и 4,8% медицинских сестер.

На вопрос о своевременности получения заработной платы, 98,6% (95% ДИ 97,3-99,9) врачей и 98,1% (95% ДИ 96,4-99,8) медицинских сестер ответили, что зарплата выплачивается в срок, определенный трудовым договором. Только 1,4% врачей и 1,9% медицинских сестер отметили задержки в получении зарплаты.

При изучении мнения об уровне заработной платы было установлено, что почти 80,0% (95%ДИ 75,3-84.7) врачебного персонала либо полностью не удовлетворены, либо скорее не удовлетворены им (42,3% и 37,5% соответственно); среди среднего медицинского персонала таковых 75,7% (95%ДИ 70,4-81,0) (58,4% и 17,3% соответственно). Только 12,5% (95% ДИ

8,8-16,2) врачей и 13,5% (95% ДИ 9,3-17,7) медсестер удовлетворены в полной мере уровнем зарплаты, скорее удовлетворены - 7,7% и 10,8% соответственно.

Анкетирование выявило, что точно знают структуру своей заработной платы лишь 1,6% врачей, среди них руководители и часть заведующих отделениями. Знакомы из чего складывается их заработная плата 37,2% (95%ДИ 32,1-42,6) врачей и 42,4% (95%ДИ 36,3-48,4) медицинских сестер, узнают о составляющих заработной платы по расчетному листку 61,2% (ДИ 95% 55,8-66,5) врачей и 57,6% (ДИ 95% 51,6-63,7) медицинских сестер.

Не осведомлены в вопросе различий между компенсационными и стимулирующими выплатами 65,8% (95%ДИ 60,6-71,2) врачей и 74,4% (95%ДИ 68,9-79,7) медицинских сестер. Это свидетельствует об отсутствии информированности медицинских работников о составляющих фонда оплаты труда. Каждый третий врач и каждый четвертый средний медицинский работник знакомы с различиями этих выплат. Все руководители и заведующие отделениями медицинских организаций имеют четкое представление о структуре фонда оплаты труда.

Участникам было предложено оценить соответствие уровня заработной платы их затратам при выполнении трудовой функции. Практически одинаковое количество врачебного и среднего медицинского персонала отметили то, что личные трудозатраты превосходят уровень заработной платы - 61,8% (95%ДИ 55,8-66,6) и 58,4% (95%ДИ 51,5-63,7) соответственно. Каждый четвертый врач и каждая пятая медицинская сестра затруднились оценить уровень своих трудозатрат (23,7% и 22,0% соответственно). Вместе с тем, лишь 14,5% (95%ДИ 10,6-18,4) врачей и 19,6% (95%ДИ 14,7-24,5) медицинских сестер считают, что их заработная плата полностью соответствует затратам труда.

При изучении осведомленности медицинских работников с показателями оценки результата своего труда выяснилось, что в полной мере знакомы с ними 8,2% (95%ДИ 5,2-11,4) врачей и 5,9% (95% ДИ 2,9-8,7) медсестер; скорее знакомы – 19,4% (95% ДИ 15,1-23,9) и 26,9% (95% ДИ 21,4-

32,4) соответственно. При этом 100% руководителей и заведующих отделениями дали положительный ответ по данному пункту. Большинство скорее незнакомы (31,9% (95%ДИ 26,7-37,1) врачей и 44,1 (95%ДИ 38,1-50,3) медицинских сестер) или вообще не знают, по каким показателям происходит оценка результата их труда (40,5% (95%ДИ 34,8-45,8) и 23,1% (95%ДИ 17,9-28,3) соответственно).

Среди тех, кто знаком или скорее знаком с показателями оценки результатов своего труда, считают, что они в полной мере отражают результаты их труда лишь 14,2% (95%ДИ 10,3-18,1) врачебного и 19,1% (95%ДИ 14,3-23,9) среднего медицинского персонала. Скорее отражают, чем нет – 17,9% и 15,1% соответственно. Не согласны с установленными показателями оценки труда 67,9% (95%ДИ 62,7-73,1) врачей и 65,8% (95%ДИ 59,8-71,4) медицинских сестер, из них 11,1% (95%ДИ 7,6-14,6) врачебного и 37,8% (95%ДИ 31,8-43,8) среднего медицинского персонала категорически не удовлетворены применяемыми показателями. Особое нарекание среди медицинских работников вызывал коэффициент эффективности труда (у 68,4% врачей (95%ДИ 63,2-73,6) и 72,6% (95%ДИ 67,1-78,1) медсестер), который, по их мнению, являлся субъективным и зависел порой от личного отношения руководителя к сотруднику.

Считают, что зарплата в полной мере зависит от результатов их труда 11,1% (95%ДИ 7,6-14,6) врачей и 15,4% (95%ДИ 11,0-19,8) медсестер; что скорее зависит – 18,1% и 17,3% соответственно; что не зависит от результатов их труда 44,4% (95%ДИ 38,8-49,8) и 32,7% (95% ДИ 26,9-38,5) соответственно; что скорее не зависит – 26,4% (95%ДИ 21,5-31,3) и 34,6% (95%ДИ 28,7-40,5) соответственно.

Уверены, что зарплата начисляется понятно и прозрачно 8,3% (95%ДИ 5,2-11,4) врачей и 5,7% (95%ДИ 2,9-8,7) медсестер; скорее прозрачно, понятно - 14,1% и 10,3% соответственно; скорее не понятно, не прозрачно – 29,2% (95%ДИ 24,1-34,3) и 32,8% (95%ДИ 26,9-38,5) соответственно. Негативно

оценили ясность и прозрачность начисления – 48,4% (95%ДИ 42,8-54,0) и 51,2% (95%ДИ 45,0-56,4) соответственно.

Подавляющее большинство респондентов ответило о несправедливом начислении стимулирующих выплат в своих поликлиниках. Каждый четвертый врач (25,2%) и каждая третья медсестра (34,9%) считают распределение стимулирующих выплат полностью несправедливым, почти половина - считают скорее несправедливым (56,4% врачей (95%ДИ 51,0-62,0) и 41,9% (95%ДИ 35,8-48,0) медсестер). Справедливое начисление отметили 6,9% врачей и 9,6% медсестер; скорее справедливое – 11,5% и 13,6% соответственно. Это свидетельствует о значимости и актуальности данного вопроса для медицинских работников.

В структуру заработной платы, помимо компенсационных и стимулирующих начислений, входят премиальные выплаты. Регулярно получали премии 30,6% врачей и 21,2% медсестер, не регулярно – 69,4% (95%ДИ 64,3-74,5) и 78,8% (95%ДИ 73,8-83,8) соответственно. Считают, что выплата премии зависит от результата их труда 37,5% врачей и 48,0% медсестер. Не видели связи величины премии от результата своего труда 62,5% (95%ДИ 57,1-67,9) и 52,0% (95%ДИ 45,9-58,1) медсестер.

Следует отметить, что в ходе социологического исследования среди медицинских работников изучаемых поликлиник не выявлено достоверно значимых различий в ответах на вопросы предложенной анкеты.

Полученные в результате социологического опроса данные подтвердили необходимость совершенствования системы материального стимулирования медицинских работников и обосновало проведение организационного эксперимента по внедрению дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.

3.3.2. Результаты изучения удовлетворенности пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи в поликлиниках

Для изучения мнения пациентов об организации, доступности и условиях оказания медицинской помощи в поликлиниках была разработана анкета, включающая вопросы, касающиеся деятельности медицинской организации. Респондентам предлагалось оценить возможность и доступность записи на прием к врачу, комфортность пребывания в поликлиниках, этические аспекты медицинских работников, заинтересованность врачей в положительном исходе лечения и др.

Социологическое исследование проводилось в 2019 г. Число участников – 874 пациента из четырех базовых поликлиник.

Среди участников опроса большинство составили женщины, 564 человека (64,5%). В зависимости от возраста респонденты распределились следующим образом: лица 18-30 лет – 68 чел. (7,8%); 31-40 лет – 137 чел. (15,7%); 41-50 лет – 183 чел. (20,9%); 51-60 лет – 214 чел. (24,5%); старше 60 лет – 272 чел. (31,1%).

При ответе на вопрос «Каким из способов Вы предпочитаете записываться на прием к врачу?» большинство респондентов (47,9%; 95%ДИ 44,6-51,2) ответили, что через районный call-центр. Данный вид записи чаще выбирали лица 18-40 лет. На втором месте – позвонить по телефону в регистратуру (36,6%; 95%ДИ 33,5-39,7), этому способу предпочтение отдали лица 60 лет и старше. Эта же возрастная группировка чаще лично обращается в регистратуру. В общем, на личное обращение в регистратуру указали 11,9%. Всего 31 человек (3,6%) ответили, что на прием к нужному врачу их записал лечащий врач.

В результате ответа на вопрос «Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?» выяснилось, что 39,2% (95%ДИ 36,1-42,5)

респондентов смогли записаться на прием к врачу при первом обращении в поликлинику, остальные 60,8% (95%ДИ 57,5-63,9) пациентов ответили отрицательно на данный вопрос.

Отвечая на вопрос о длительности ожидания плановой медицинской помощи с момента обращения в поликлинику, выяснилось, каждому пятому респонденту плановая помощь была оказана в тот же день (169 чел., 19,3%; 95%ДИ 16,7-21,9); почти половине респондентов (412 чел., 47,2%; 95%ДИ 43,9-50,5) – в течение 1-7 рабочих дней; 258 чел. (29,5%; 95%ДИ 26,5-32,5) – 8-14 рабочих дней; 35 чел. (4,0%; 95%ДИ 2,7-5,3) – свыше 14 рабочих дней.

Один из вопросов анкеты касался своевременности оказания медицинской помощи на дому. Большинство пациентов (65,9%; 95%ДИ 62,8-69,0) получили необходимую медицинскую помощь на дому в день обращения; к 141 чел. (16,1%; 95%ДИ 13,7-18,5) врач пришел на следующий день; к 35 опрошенным (4,0%; 95%ДИ 2,7-5,3) участковый врач не пришел, и им пришлось самим посещать врача в поликлинике; 122 чел. (14,0%; 95%ДИ 11,7-15,3) не вызывали врача на дом.

В ходе опроса было изучено, сколько времени респонденты ожидали в очереди у кабинета врача при плановом приеме. Каждый восьмой участник опроса (12,6%; 95%ДИ 10,4-14,8) был принят врачом в назначенное время, 12,9% (95%ДИ 10,7-15,1) пациентов ожидали приема не более пяти минут, каждый двадцатый (4,8%; 95%ДИ 3,4-6,2) – около десяти минут, каждый пятый (19,8%; 95%ДИ 17,2-22,4) – около пятнадцати минут, 24,0% (95%ДИ 21,2-26,8) респондентов – около получаса, 75 человек (8,6%; 95%ДИ 6,8-10,4) – почти час, 81 человек (9,3%; 95%ДИ 7,4-11,2) – более часа, 70 человек (8,0%; 95%ДИ 6,2-9,8) – затруднились ответить на вопрос.

Опрос показал, что в исследуемых поликлиниках большинство пациентов испытывают трудности при записи на инструментальные обследования и лабораторные исследования. Так, при ответе на вопрос «Испытывали ли Вы трудности при записи на обследования (УЗД, ЭКГ, эндоскопические исследования и др.) и на лабораторные исследования?»,

71,5% (95%ДИ 68,6-74,4) пациентов ответили, что постоянно сталкивались с проблемами при записи на инструментальные обследования, 23,0% - иногда, только 3,3% никогда не испытывали трудностей, 2,2% затруднились с ответом. Основными проблемами были невозможность дозвониться до регистратуры и трудности при записи на обследования через сайт поликлиники.

При записи на лабораторные исследования 80,7% (95%ДИ 78,1-83,3) респондентов испытывали затруднения, при этом 32,8% (95%ДИ 29,7-35,9) - постоянно. Каждый пятый участник опроса никогда не сталкивался с проблемами, записываясь на лабораторные исследования, 1 человек не смог дать ответ на данный вопрос.

На удовлетворенность пациента от пребывания в поликлинике влияет не только, сколько ему приходится ожидать приема, но и в каких условиях. Поэтому один из вопросов анкеты звучал: «Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?». Чуть больше половины респондентов (53,5%; 95%ДИ 50,2-56,8) были либо полностью (26,0%), либо частично (27,5%) удовлетворены условиями ожидания приема. Однако вторая половина пациентов (46,5%; 95%ДИ 43,2-49,8) отметили неудовлетворительные условия нахождения в поликлинике. Среди отрицательных моментов отмечали отсутствие достаточного количества свободных мест и питьевой воды. Больше всего отрицательных ответов было получено от лиц 18-30 лет и 50 лет и старше.

В ходе исследования выяснялось, удовлетворены ли пациенты в целом организацией медицинской помощи в поликлиниках. Каждый третий респондент – 271 человек (31,0%; 95%ДИ 28-34) – ответили утвердительно, чуть меньше половины - 411 человек (47%; 95%ДИ 43,7-50,3) удовлетворены частично. Полностью не удовлетворены организацией медицинской помощи в своей поликлинике 51 человек (5,8%; 95%ДИ 4,3-7,3), скорее не удовлетворены – 141 человек (16,1%; 95%ДИ 13,7-18,5). Достоверных различий в ответе на данный вопрос в базах исследования не отмечалось.

Анкета содержала вопросы, касающиеся финансовых взаимоотношений пациентов и поликлинических работников: «Поступали ли Вам от работников поликлиники активные предложения воспользоваться платными услугами?» и «Приходилось ли Вам финансово или иным образом стимулировать персонал поликлиники для улучшения качества работы?». Среди респондентов 17,2% (95%ДИ 14,7-19,7) ответили, что им активно предлагались платные услуги, при этом 4,7% получали подобные предложения постоянно. Однако, подавляющее большинство участников опроса (79,2%) отрицательно ответили на данный вопрос, 3,6% - затруднились ответить.

К финансовому или иному поощрению сотрудников поликлиники прибегали 198 человек- 22,7% (95%ДИ 20,0-25,4), из них 7 (0,8%) постоянно. Большинство из них составили лица 30-60 лет. Так же, как и при ответе на предыдущий вопрос, большинство респондентов (70,1%) ответили отрицательно. Затруднились ответить на данный вопрос 63 человека (7,2%).

Один из вопросов анкеты касался проведения профилактической работы среди пациентов: «Проводились ли с Вами беседы по профилактике заболеваний и их обострений, профилактике вредных привычек и формированию здорового образа жизни?». Только 18,0% респондентов ответили, что консультации по профилактике заболеваний, отказе от вредных привычек и формированию здорового образа жизни проводились с ними постоянно. С большинством пациентов (43,8%) подобные беседы проводились иногда. Каждый третий ответил (31,8%; 95%ДИ 28,8-34,8), что профилактические беседы с ними не велись, 56 человек (6,4%) затруднились ответить на вопрос.

В процессе социологического опроса респондентам предлагалось оценить этические качества медицинских работников, такие как вежливость и внимательность. При ответе на вопрос «Оцените вежливость и внимание врача к Вашей проблеме со здоровьем» респонденты дали следующие оценки: «крайне плохо» - 7,8% (95%ДИ 6,2-9,6); «плохо» - 25,0% (95%ДИ 22,2-27,8); «удовлетворительно» - 45,9%; «хорошо» - 14,2%; «отлично» - 7,1%.

Оценивая вежливость и внимательность среднего медицинского персонала, большинство охарактеризовало их «плохо» - 34,6% (95%ДИ 31,5-37,7). Каждый третий пациент оценил на «удовлетворительно», каждый пятый поставил оценку «хорошо», 6,6% - «крайне плохо» и только 5,6% участников опроса – «отлично». Надо отметить, что чаще остальных низкие оценки этическим качествам медицинского персонала ставили лица 18-40 лет и старше 60 лет.

Для достижения положительного результата при оказании медицинской помощи пациенту очень важно полно и доходчиво информировать его о текущем заболевании, о необходимости назначения тех или иных обследований, о рекомендациях по лечению и профилактике и т.д. В связи с этим в анкетах респондентам надо было оценить объем информирования и доходчивость разъяснений, рекомендаций и назначений при оказании им медицинской помощи. Почти 70,0% пациентов поставили оценки «хорошо» (33,3%; 95%ДИ 30,2-36,4) и «отлично» (35,6%; 95%ДИ 32,5-36,4). Каждый четвертый пациент оценил полноту и доходчивость информации на «удовлетворительно», 7,7% (95%ДИ 6,0-9,4) на «плохо», оценки «крайне плохо» поставлено не было.

В ходе исследования определен уровень доверия пациентов к врачам. Практически половина респондентов дали позитивные оценки уровню доверия на «хорошо» (36,3%; 95%ДИ 33,2-39,4) и «отлично» (13,6%; 95%ДИ 11,4-15,8). Удовлетворительный уровень доверия отметили 46,8% участников опроса. Только 3,3% пациентов не доверяют врачам, оценив уровень доверия на «плохо» (2,4%) и «крайне плохо» (0,9%). Наибольший уровень недоверия высказали молодые люди 18-30 лет, определив его от «удовлетворительно» до «крайне плохо».

Для пациентов важно видеть заинтересованность медицинского персонала в успешных результатах лечения. Поэтому при анкетировании респондентам предлагалось оценить, какова заинтересованность медицинского персонала в результатах лечения. Большинство участников

опроса (59,4%) отметили ту или иную степень заинтересованности врачей и медицинских сестер в результатах лечения: 24,7% пациентов ответили, что они «всегда стремятся достигнуть положительного результата», 21,3% - «в целом заинтересованы», 13,4% - высказались о «хорошей заинтересованности». Однако 40,6% (95%ДИ 37,4-43,8) респондентов отметили равнодушие медицинских работников к результатам лечения пациентов.

Пациенты оценили доступность обращения к администрации поликлиники при возникновении проблем с оказанием медицинской помощи. У большинства респондентов (535 чел., 61,2%) не было необходимости обращаться к администрации. Не испытывали проблем при обращении 101 пациент (11,6%), так как, по их мнению, сотрудники администрации «постоянно доступны». Никогда не смогли попасть к администрации, как ни пытались, 55 участников опроса (6,3%). Ответили, что сотрудники администрации бывает иногда доступны 183 человек (20,9%).

Респондентам предлагалось высказать свое мнение, о том, произошли ли за последние годы изменения в качестве обслуживания пациентов в поликлинике и если «да», то в какую сторону. Со стороны сотрудников в отношении пациентов респонденты практически в равных количествах отметили положительные изменения (48,0%) и отсутствие изменений (49,0%). Только 3,0% участников опроса высказались об отрицательных изменениях со стороны сотрудников к пациентам. Не увидели никаких организационных изменений 72,0% (95%ДИ 69.1-74,9) респондентов, 20,3% - отметили положительные изменения, лишь 9 человек (1,0%) - отрицательные изменения, 6,7% - затруднились ответить. Оценивая изменения в условиях пребывания пациентов в поликлинике за последние годы, подавляющее большинство (80,3%) не увидели изменений, улучшение условий отметили 16,2%, дали отрицательную оценку произошедшим изменениям 3,5%.

На заключительный вопрос анкеты «Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?» отрицательно

ответили 67,9% (95%ДИ 64,8-71,0), положительно - 18,9%, затруднились с ответом -13,2% респондентов.

Независимо от обслуживаемой поликлиники, большинство пациентов, участвовавших в анкетировании, отмечали одинаковые проблемы, такие как ожидание в очередях, трудности записи на прием к врачу и исследования, некомфортные условия пребывания в поликлиниках, равнодушие врачей к исходам лечения и т.д. Так же, как и среди медицинских работников, в ответах пациентов базовых поликлиник не получены достоверные различия.

Подводя итог данной главы, можно отметить следующее:

– В период с 2010 по 2018 годы на 1 врача-терапевта участкового в среднем приходилось от 5287,33 до 5776,71 посещений, при этом, каждое четвертое было на дому, каждое десятое на амбулаторном приеме – с профилактической целью; в связи с отсутствием предварительной записи на забор крови, пациенты вынуждены были стоять в «живой» очереди; среди обращений пациентов в виде жалоб более половины были признаны обоснованными.

– Ведущей причиной отказов оплаты случаев оказания медицинской помощи явилось нерациональное использование ресурсов, что может свидетельствовать о недостаточном соблюдении стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, необоснованном назначении дополнительных методов диагностики и лечения, либо оказание медицинской помощи не в полном объеме, доля отказов оплаты от всех выставленных счетов за оказание медицинской помощи не превышала 8,2%.

– Проведенный анализ нормативно-правовых актов как федеральных, так и региональных, показал, что четкие, унифицированные критерии начисления стимулирующих выплат отсутствуют. При попытке установить объективную оценку труда медицинских работников применялись критерии как объективного характера, так и критерии субъективного характера, как некая оценка руководителем качества оказания медицинской помощи каждым работником без установления четких критериев.

– Анкетирование показало, что как врачи, так и медсестры в большинстве своем не знакомы со структурой своей зарплаты, не удовлетворены ее уровнем, не знакомы с показателями оценки результата своего труда, считают, что личные трудозатраты превосходят уровень зарплаты, не уверены, что зарплата начисляется понятно и прозрачно. В связи с этим, необходима выработка четких критериев оценки труда каждого работника, достаточная информированность сотрудников о структуре заработной платы и характере начислений, обсуждение с трудовым коллективом показателей, входящих в эффективный контракт и закрепление их в трудовых договорах работников.

– По мнению пациентов, в исследуемых поликлиниках имеются проблемы, касающиеся организации, доступности и условий оказания медицинской помощи**,** отношения сотрудников поликлиник к пациентам и др.

ГЛАВА 4. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

4.1. Организационный эксперимент по формированию системы оплаты труда, основанной на дифференцированном подходе (методика и алгоритм)

Одна из задач настоящего исследования предусматривала обоснование системы дифференцированного подхода к начислению выплат стимулирующего характера медицинским работникам в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, ее экспериментальная апробация и внедрение в практическую деятельность.

Концептуальным положением разработки указанной выше системы послужила правовая возможность, представленная в трудовом законодательстве. Согласно Трудовому Кодексу РФ «заработная плата представляет собой вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также компенсационные выплаты (доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного характера) и стимулирующие выплаты (доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты)» [178].

Разработанные Министерством здравоохранения Российской Федерации показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций и руководителей, такие как выполнение

государственного заказа, доля посещений с профилактической целью, наличие обоснованных жалоб, отсутствие запущенных случаев онкопатологии и т.д., призваны установить механизмы зависимости уровня оплаты труда работников медицинских организаций от объема и качества предоставляемых услуг [125].

Система оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, базируется на требованиях федеральных нормативных документов и региональных актов, закреплена Коллективным договором, являющимся локальным правовым документом, регулирующим социально-трудовые и иные, связанные с ними, отношения между работодателем и работниками. Данный договор обеспечивает выполнение трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права. Коллективным договором определяются принципы формирования должностного оклада, компенсационных и иных выплат.

Изучая нормативные документы**,** содержащие критерии эффективности деятельности каждого работника для начисления ему стимулирующих выплат по результатам труда и качества оказываемых медицинских услуг, а также мер социальной поддержки, мы не обнаружили конкретных рекомендаций по этим показателям и критериям, что натолкнуло нас на идею разработки системы оплаты труда, основанной на исследовании трудовых процессов и затрат рабочего времени, показателях объема и качества, обосновывающих дифференцированный подход к оплате труда [125, 141].

4.1.1. Организационно-методические принципы разработки дифференцированной системы оплаты труда и формирования заработной платы

Важнейшим условием создания системы дифференцированной оплаты труда явилась разработка локальных норм по труду, адекватных современным формам и методам организации медицинской деятельности, внедрения новых

медицинских технологий и медицинского оборудования, оптимальному соотношению численности и нагрузки медицинского персонала.

Использование установленных законодательством типовых отраслевых норм времени на выполнение работ в медицинской организации, оказывающей ПМСП, в первую очередь, устанавливают количественные показатели затрат рабочего времени на выполнение работ, связанных с первичным и повторным врачебным посещением одним пациентом врачей различных специальностей, в том числе и на дому, на проведение однородных процедур, манипуляций, операций и т.д., медицинскими работниками, имеющими различную квалификацию, опыт работы и, во вторую очередь, устанавливает временные затраты на выполнение определенного объема работы, то есть нормы затрат рабочего времени на выполнение различных видов работ [126, 132, 134].

Основываясь на ст. 162 Трудового Кодекса Российской Федерации, руководитель медицинской организации может самостоятельно разрабатывать типовые нормы трудовой деятельности с учетом мнения профсоюзной организации с учетом организационных и экономических особенностей или условий, в которых медицинская организация оказывает ПМСП, формируя локальный нормативный акт, содержащий «Положение об оплате труда» с учетом планового задания на конкретный временной период. Установленные в медицинской организации нормы времени и численности необходимо отразить в коллективном договоре, оповестив предварительно каждого медицинского работника о требованиях по нормам нагрузки, относящихся к его специальности. Нормы нагрузки в здравоохранении необходимо пересматривать раз в пять лет или чаще при внедрении новых технологий [178].

Система оплаты труда медицинских работников, основанная на дифференцированном подходе, должна быть направлена на сохранение и умножение кадрового потенциала в медицинской организации, усиление

профилактической деятельности, направленной на сохранение здоровья обслуживаемого населения, повышение доступности медицинской помощи.

В ходе разработки дифференцированной системы оплаты труда мы руководствовались следующими принципами:

– соблюдение установленных законодательством обоснованных норм времени, численности и нагрузки, включая обеспечение нормальных условий для осуществления трудовой деятельности в подразделении;

– применение технологий бережливого производства, в частности проведение хронометражных замеров затрат времени на выполнение процедуры, исследования, обследования, манипуляции при рациональной организации рабочего пространства;

– установление оптимальной (прозрачной) учетной единицы трудозатрат при выполнении конкретных работ;

– разработка технологических карт, алгоритмов (стандартных операционных процедур) действий для подразделений поликлиники по каждому виду деятельности;

– разработка оценочных критериев (коэффициентов) и порядка их применения в случаях, предусмотренных трудовым договором;

– проведение контроля доступности и безопасности медицинской деятельности в рамках внутреннего контроля (аудита);

– разработка новых или актуализация действующих локальных нормативных актов медицинской организации, таких как трудовой договор или дополнительное соглашение к трудовому договору, положения об оплате труда, должностных инструкций и согласование их с профсоюзной организацией медицинской организации;

– обеспечение прозрачности формирования заработной платы на основании разработанных критериев и принципов, разъяснение их работникам поликлиники.

4.1.2. Этапы внедрения разработанной дифференцированной системы оплаты труда. Задачи и программа организационного эксперимента

Внедрение разработанной системы предполагало ряд последовательных действий, логически разделенных на несколько этапов. В ходе реализации этих этапов необходимо было решить совокупность принципиальных задач:

1. Приведение номенклатуры медицинских услуг в анализируемых структурных подразделениях в соответствии с нормативным документом [127].
2. Определение объемных и качественных показателей деятельности каждого медицинского работника и подразделения в целом.
3. Разработка оценочных критериев (коэффициентов) для оценки результатов деятельности медицинских работников.
4. Проведение оценки деятельности каждого медицинского работника структурного подразделения на основе разработанных оценочных критериев.
5. Распределение плановых заданий на день, неделю, месяц, для выполнения нормативного плана, определить приоритеты, направленные на удовлетворенность потребности пациентов в получении доступной медицинской помощи.
6. Внедрение системы дифференцированной оплаты труда в медицинской организации.
7. Осуществление мониторинга функционирования системы с перманентным анализом показателей.

Решение перечисленных задач проходило по специальному алгоритму, который был разработан нами перед началом работ по проведению организационного эксперимента. В дальнейшем соблюдение этого алгоритма позволило внедрить систему дифференцированной оплаты труда и интегрировать ее в систему управления деятельностью поликлиникой, как один из экономических методов управления (Рисунок 4.1):

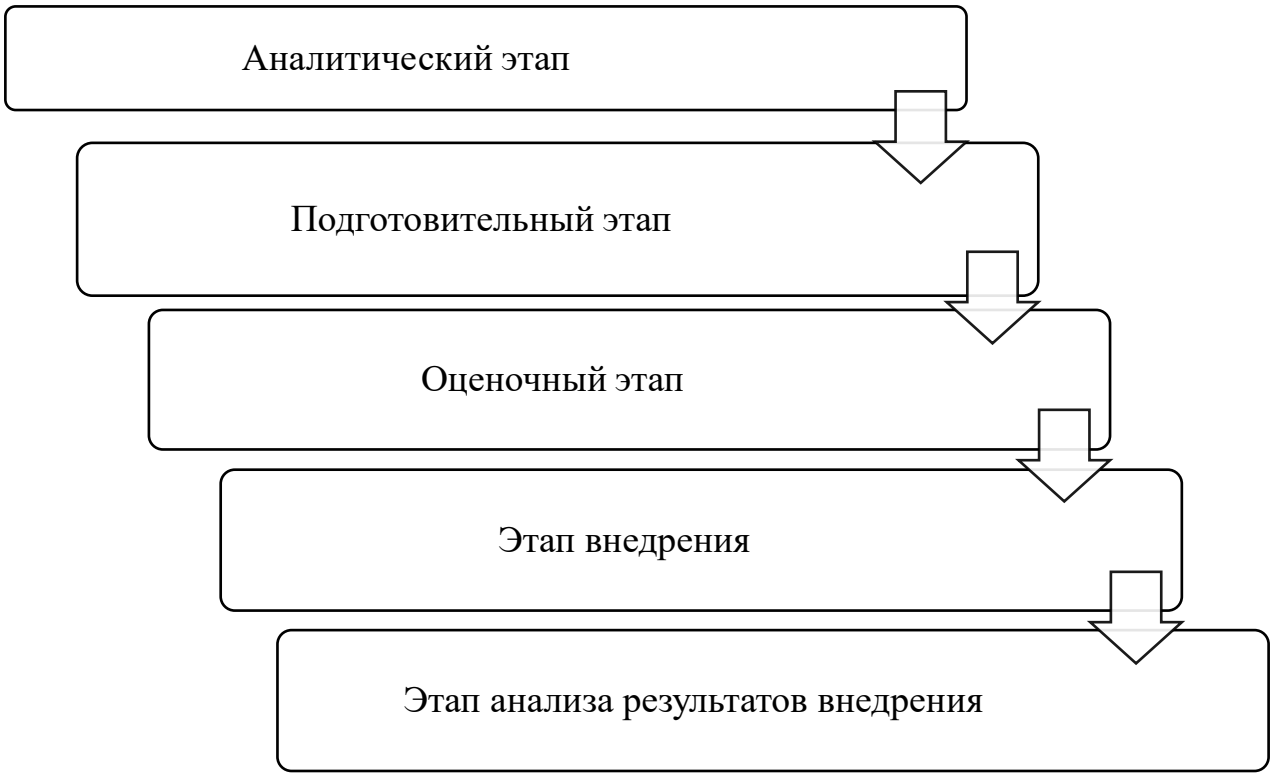

Рисунок 4.1 – Этапы проведения работ по внедрению разработанной системы оплаты труда, основанной на нормировании

Аналитический этап включал в себя совокупность следующих мероприятий:

1. Изучение и анализ актуальной нормативно-правовой базы, регламентирующей нормы труда на момент начала эксперимента.

2. Проведение анкетирования сотрудников (врачей и медицинских сестер) для исходной оценки существующей системы оплаты труда до внедрения преобразований.

3. Проведение анкетирования пациентов с целью оценки их удовлетворенности доступностью и условиями оказания медицинской помощи.

4. Интегральный анализ результатов изучения мнения медицинских работников поликлиники и пациентов.

5. Разъяснительная работа среди медицинского персонала о подготовке к внедрению системы дифференцированной оплаты труда на экспериментальной основе.

Подготовительный этап. Реализация организационного эксперимента начата с создания рабочей группы, в состав которой вошли: заместитель главного врача по медицинской части, главная медицинская сестра, заведующие и старшие медицинские сестры подразделений, представители планово-экономической службы, врачи-методисты, работники структурного подразделения, где проводилась подготовка.

Рабочей группой, с целью исследования трудовых процессов и затрат рабочего времени, проведены:

1. Разработка технологических карт выполнения работ на различных видах оборудования в анализируемых структурных подразделениях (пример в Приложении 3).

2. Разработка хронометражных карт выполнения работ с использованием различных видов оборудования в анализируемых структурных подразделениях (пример приведен в Приложении 6).

3. Разработка хронометражных карт выполнения работ в подразделениях без использования оборудования (пример приведен в Приложении 7).

4. Определение количества хронометражных замеров временных затрат на каждую манипуляцию, исследование, процедуру, выполненную медицинскими работниками с разным опытом работы и квалификацией.

5. Разработка таблиц по учету ежедневной нагрузки каждого сотрудника.

6. Разработка форм трудовых паспортов сотрудников подразделения для определения размеров стимулирующих выплат.

Оценочный этап включал в себя совокупность следующих мероприятий:

1. Проведение хронометражных замеров фактических затрат времени на отдельные трудовые операции (процедуры, исследования,

обследования, манипуляции) в рамках технологических карт с контролем соблюдения установленных законодательством временных затрат, включая обеспечение нормальных условий для осуществления трудовой деятельности в подразделении.

2. Проведение заседаний рабочей группы по оценке результатов хронометражных замеров и составление протоколов по результатам работы.

3. Расчет функции врачебной должности и должности среднего медицинского персонала (определение норм нагрузки).

4. Формирование и оценка таблицы исполнения ежедневной нагрузки по структурному подразделению.

5. Формирование и оценка трудовых паспортов структурного подразделения.

6. Разработка оценочных критериев (коэффициентов).

Этап внедрения предполагал следующие этапы:

1. Проведение собрания трудового коллектива для разъяснения итогов работы, проведенной по внедрению дифференцированной системы оплаты труда и полученных результатов. Гарантии обеспечения прозрачности формирования заработной платы на основании разработанных критериев и принципов и разъяснение их работникам поликлиники.

2. Разработка новых локальных нормативных актов (трудовой договор, положение о внедрении дифференцированной системы оплаты труда, должностные инструкции, стандартные операционные процедуры) и согласование их профсоюзной организацией медицинской организации.

3. Проведение контроля доступности и безопасности медицинской деятельности (внутреннего аудита) в соответствии с действующим законодательством в рамках внутреннего контроля качества [128, 130].

4. Утверждение порядка применения разработанных оценочных критериев (коэффициентов) в случаях, предусмотренных трудовым договором.

5. Разработка и (или) коррекция разработанных ранее стандартных операционных процедур (СОП) для каждого подразделения поликлиники по каждому виду деятельности и утверждение регламентов, алгоритмов, инструкций по выполнению медицинских услуг.

Этап анализа результатов внедрения. Был сохранен базовый принцип формирования заработной платы медицинских работников, установленный нормативными документами: должностной оклад, компенсационные и стимулирующие выплаты [34, 37, 113, 125, 137, 140, 141].

Согласно статье 164 Трудового Кодекса Российской Федерации, под компенсационными выплатами понимаются денежные выплаты, установленные в целях возмещения работникам затрат, связанных с исполнением ими трудовых или иных обязанностей, предусмотренных Трудовым кодексом и другими федеральными законами. К стимулирующим выплатам, в соответствии со статьей 129 Трудового Кодекса Российской Федерации, относятся доплаты и надбавки, а также премии и иные поощрительные выплаты [178].

В результате проведенного организационного эксперимента, нами внедрена и апробирована система дифференцированной оплаты труда, включающая в себя ежемесячные стимулирующие выплаты: это ежемесячные доплаты к должностному окладу каждому работнику за выполнение объемных показателей сверх норматива, установленного федеральными и региональными нормативными документами, коррелирующиеся с достижениями конкретных оценочных показателей деятельности каждого работника. Таким образом, стимулирующие выплаты подразделяются на две составляющие: а) ежемесячные выплаты, величина которых определяется результатами труда каждого работника на основании трудового паспорта, формируемого ежемесячно и б) премиальные выплаты, формируемые по результатам деятельности каждого работника и подразделения в целом. Ежемесячные стимулирующие выплаты, еще до их получения, известны каждому работнику и отражают результаты его труда в конкретном месяце и

формируют гарантированную надбавку к утвержденным нормативными документами компенсационным выплатам (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Структура фонда оплаты труда в медицинской организации

Фонд должностных окладов	Надтарифный фонд	
	Компенсационные выплаты	Выплаты стимулирующего характера
1. Коэффициент масштаба и уровня управления 2.Коэффициент квалификации 3.Коэффициент специфики работы 4.Стаж работы 5.Уровень образования 6. Выплаты, связанные с оказанием дополнительной медицинской помощи; 7. Выплаты за совместительство; 8. Выплаты за совмещение профессий; 9. Выплаты за очередной и дополнительный отпуск.	1. Доплаты к должностным окладам отдельным категориям специалистов: - выплаты участковой службе за дополнительную медицинскую помощь; - выплаты амбулаторному звену за доступность медицинской помощи; - выплаты молодым специалистам; - оплата труда в выходные и праздничные дни; - оплата труда за отсутствующего работника; - оплата 3-х дней временной нетрудоспособности за счет работодателя	1.Доплаты собственно стимулирующего характера за выполнение показателей и оценочных критериев медицинской деятельности в т.ч. по дополнительным (приоритетным) направлениям стимулирования (за выполнение и перевыполнение объемов работ, носящих высокую социальную значимость и экономическую эффективность, таким как диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактические осмотры, выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях, вакцинация и другое). 2. Премиальные выплаты

Ежемесячные стимулирующие выплаты включают в себя доплаты к должностному окладу за выполнение показателей и оценочных критериев деятельности, в том числе по дополнительным (приоритетным) направлениям, таким как диспансеризация отдельных групп взрослого населения, профилактические осмотры, раннее выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях, вакцинация и другое. Ежемесячные доплаты стимулирующего характера производятся как фиксированной суммой, так и в процентах к должностному окладу. Абсолютный размер

каждой надбавки, производимой в процентах, исчисляется из должностного оклада (ставки) без учета других повышений, надбавок и доплат, при наличии экономии фонда заработной платы.

Коэффициент эффективности, ранее являвшийся субъективной оценкой качества исполняемой работы и определяемый руководителем подразделения и не имевший критериев объективной оценки деятельности работника, заменен на «Оценочные критерии деятельности медицинских работников», применяемый при начислении стимулирующих выплат.

Предложенные оценочные критерии деятельности медицинских работников отражают вклад каждого работника в выполнение плановых заданий, выполнение особо важных и сложных заданий, проведение диспансеризации определенных групп населения, диспансерного наблюдения, вакцинации и другого. Таким образом, разработанные оценочные критерии деятельности медицинских работников не несут в себе субъективной оценки деятельности каждого работника, отражают трудовой вклад каждого работника в выполнении целевых показателей, делают начисления как стимулирующих, так и премиальных выплат, объективными и стимулируют работников к улучшению показателей работы.

Выплата премиальной части стимулирующих выплат осуществляются за периоды года (ежемесячные, квартальные и т.д.), по критериям, утвержденным положением о премировании. За основу были приняты критерии (коэффициенты) объективного характера, описанные в главе 3: коэффициент по должности ($К_1$); коэффициент квалификации ($К_2$); коэффициент рабочего времени ($К_3$); коэффициент удержания ($К_4$); коэффициент занятости ($К_5$); коэффициент совместительства ($К_6$); коэффициент замещения вышестоящей должности ($К_7$). Общее количество баллов каждого работника рассчитывалось, как произведение данных коэффициентов и коэффициента аудита (смотри ниже), взятого в качестве среднего значения за премируемый период времени.

Выплаты осуществляются из источников финансирования, в рамках

которых осуществляется деятельность подразделения медицинской организации - финансирование из бюджета Санкт-Петербурга или из средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования, доходов от хозрасчетной деятельности и других.

4.1.3. Методические подходы к разработке оценочных критериев деятельности медицинского персонала поликлиники

Основное назначение стимулирующих выплат – дифференциация оплаты труда медицинского работника в зависимости от результативности труда, мотивация на позитивный конечный результат. В рамках организационного эксперимента разработаны общие оценочные критерии (коэффициенты) деятельности врачей и медицинских сестер, используемые для исчисления стимулирующих выплат и премии.

Основанием для применения поправочного (понижающего) коэффициента или коэффициента аудита (Ка), установленного после анализа оценочных критериев деятельности каждого работника, является невыполнение функции врачебной должности, повторные дефекты в оформлении медицинской документации, обоснованные жалобы на проведение исследований (манипуляций, лечебных процедур), возникновение пост манипуляционных осложнений, нарушения санитарно-эпидемиологического режима, правил по охране труда и технике безопасности, нарушения и дефекты при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, низкий процент охвата диспансерным наблюдением определенных групп взрослого населения, невыполнение плана проведения вакцинации, нарушение медицинской этики и деонтологии, наличие обращений граждан и жалоб, нарушение правил внутреннего трудового распорядка и другое.

$$\frac{\text{Количество набранных баллов за отчетный период}}{\text{Максимально возможное количество баллов}} = \text{коэффициент аудита (Ка)} \quad (1)$$

За основу оценки выполнения объемных показателей (нормативного плана) принято исполнение медицинскими работниками планового ежедневного, еженедельного, ежемесячного и годового нормативного плана. ПМСП в Санкт-Петербурге оплачивается из различных источников финансирования: из бюджета города; работа в системе обязательного медицинского страхования финансируется Территориальным фондом ОМС как по подушевому нормативу в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо (разовые посещения, законченный случай лечения, неотложная помощь, квартирная помощь прикрепленному населению и другое), так и по тарифу за оказанную услугу (некоторые виды лучевой диагностики исследований сосудов и сердца, квартирная помощь ряда врачей-специалистов, работа выездных бригад неотложной помощи, вакцинация, работа дневного стационара, диспансеризация отдельных групп взрослого населения и другое). Предварительно проанализировано исполнение планового задания Территориального фонда обязательного медицинского страхования за период с 2010-2018 годы по количеству посещений с учетом сезонности и суммам исполнения нормативного плана (по принятым к оплате счетам), по профилю оказания медицинской помощи, проведена оценка доли вклада каждого подразделения медицинской организации в исполнение плана, сформирован сводный показатель процента исполнения установленного планового задания по каждому подразделению и виду медицинской помощи. С учетом всех полученных данных, сформированы задания по исполнению нормативного плана на день, неделю, квартал, год для каждого врача.

Размер ежемесячных стимулирующих выплат зависит от достижения планируемых значений оценочных критериев деятельности каждого медицинского работника.

Таблица 4.2 – Оценочные критерии деятельности врача-терапевта участкового (3)

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Критерии	Оценка (баллы)
1	Выполнение функции врачебной должности (посещения, обращения, квартирные вызовы)	%	более 100% от 95% до100% менее 95%	+4 +2 0
2	Дефекты оформления медицинской документации по Чек-листам внутреннего аудита	%	менее 10% от 10-30% более 30%	+4 +2 0
3	Дефекты оформления медицинской документации по актам МЭЭ и ЭКМП	да/нет	нет да	+3 0
4	Своевременность представления пациентов на врачебную комиссию, на МСЭ	да/нет	да нет	+3 0
5	Проведение диспансеризации, профилактических осмотров, углубленной диспансеризации, исполнение плана нарастающим итогом	%	более 100% от 90 до100% менее 90%	+4 +2 0
6	Выполнение плана вакцинации нарастающим итогом	%	100% и более от 70% до100% менее 70%	+4 +2 0
7	Охват флюорографическим обследованием лиц от числа подлежащих нарастающим итогом	%	100% и более от 70% до100% менее 70%	+4 +2 0
8	Охват диспансерно-динамическим наблюдением прикрепленного населения и ведение ф.30 согласно плану	%	90% и более от 70% до 90% менее 70%	+4 +2 0
9	Первично выявленные ХНИЗ, при проведении диспансеризации, профилактических осмотров, углублённой диспансеризации от общего числа впервые выявленных ХНИЗ	%	от 3 до 5% от 1 до 3% менее 1%	+3 +2 0
10	Оформление льготы на получение лекарственных препаратов, после выписки из стационаров пациентов с ОНМК и ОКС, на дому в течение 3х дней	%	100% менее 100%	+3 0
11	Дефекты оформления медицинской документации в виде СЭМД и ВИМИС	%	менее 10% от 10% до 20% более 20%	+3 +1 0
12	Своевременная подпись медицинских документов ЭЦП	%	100% менее 99 %	+3 0
13	Наличие обоснованных жалоб на профессиональную деятельность и/или деонтологию	да/нет	нет да	+1 0
14	Нарушение санитарно-эпидемиологического режима по Чек-листам внутреннего аудита	да/нет	нет да	+2 0

Продолжение *таблицы 4.2* - Оценочные критерии деятельности врача-терапевта участкового

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Критерии	Оценка (баллы)
15	Наличие категории согласно стажу работы	да/нет	да нет	+4 0
16	Нарушение правил внутреннего трудового распорядка, охраны труда, пожарной безопасности, посещения врачебных конференций	да/нет	нет да	+1 0
	Максимальное количество баллов			50
	Коэффициент аудита (Ка)			1,0

В качестве примера приведены оценочные критерии деятельности врача-терапевта участкового и медсестры процедурного кабинета (Таблица 4.2, 4.3).

Таблица 4.3 – Оценочные критерии деятельности медицинской сестры процедурного кабинета (3)

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Критерии	Оценка (баллы)
1	Выполнение нормы функции сестринской должности	%	100% и более от 95% до100% менее 95%	+7 +4 0
2	Своевременность и полнота выполнения врачебных назначений	да/нет	да нет	+3 0
3	Нарушения правил получения, учета и хранения медикаментов и расходных материалов по Чек-листам внутреннего аудита	да/нет	нет да	+5 0
4	Дефекты в оформлении медицинской документации по Чек-листам внутреннего аудита	да/нет	нет да	+4 0
5	Дефекты ведения учетной и отчетной документации по Чек-листам внутреннего аудита	да/нет	нет да	+4 0
6	Взаимозаменяемость с сотрудниками отделения	да/нет	да нет	+4 0
7	Осложнения после проведения оперативных вмешательств, процедур, манипуляций	да/нет	нет да	+5 0
8	Наличие обоснованных жалоб на профессиональную деятельность и/или деонтологию	да/нет	нет да	+3 0

Продолжение *таблицы 4.3* - Оценочные критерии деятельности медицинской сестры процедурного кабинета

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Критерии	Оценка (баллы)
9	Нарушение правил обращения с медицинскими отходами по результатам внутреннего аудита	да/нет	нет да	+5 0
10	Нарушение санитарно-эпидемиологического режима по Чек-листам внутреннего аудита	да/нет	нет да	+5 0
11	Наличие категории согласно стажу работы	да/нет	да нет	+4 0
12	Нарушение правил внутреннего трудового распорядка, охраны труда, пожарной безопасности, посещения сестринских конференций	да/нет	нет да	+1 0
	Максимальное количество баллов			50
	Коэффициент аудита (Ка)			1,0

4.2. Принципы оплаты труда, основанные на дифференцированном подходе и формирование заработной платы (на примере терапевтического отделения и процедурного кабинета поликлиник)

В мотивации медицинских работников к повышению доступности ПМСП важную роль играют разработанные в ходе организационного эксперимента стимулирующие выплаты, формируемые с учетом исполнения целевых показателей реализации государственных и региональных программ в сфере здравоохранения для медицинской организации, структурного подразделения и медицинских работников.

Разработанные в ходе подготовки организационного эксперимента стандартные операционные процедуры (СОП) являются, по сути, алгоритмами действий для выполнения врачами и медицинскими сестрами привычных действий при исполнении должностных обязанностей, таких как первичный и повторный осмотр пациента, осмотр перед вакцинацией, проведение диспансеризации и действий при подозрении на онкологическое заболевание, проведение инъекций и манипуляций в процедурном кабинете (пример представлен в Приложении 8).

Внедренные объективные механизмы оценки работы каждого медицинского работника минимизируют влияние субъективного фактора на оценку результативности труда и на заработную плату. В соответствии с разработанным «Положением о заработной плате», выплаты стимулирующего характера, выраженные в фиксированной сумме, осуществляются за выполнение работ, таких как проведение вакцинации, диспансеризации определенных групп населения, выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях и другое. Все надбавки и доплаты исчисляются на должностной оклад и предельными размерами не ограничиваются. Выплаты стимулирующего характера не производятся при ухудшении показателей в работе или окончании особо важных или срочных работ.

Задачи и программа организационного эксперимента реализовывались с участием профсоюзного комитета медицинской организации. Таким образом, нами внедрены объективные механизмы оценки деятельности каждого сотрудника подразделения, ликвидирующие влияние субъективного фактора на оценку результативности труда.

Формирование стимулирующих выплат и разработка дифференцированной системы оплаты труда в поликлинике на примере терапевтического отделения

Следует отметить, что нормы времени на выполнение различных видов работ не в полной мере адаптированы к современным условиям, в которых врачи-терапевты участковые осуществляют свою деятельность. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» содержит рекомендованные штатные нормативы поликлиники, в том числе и по участковым врачам-терапевтам и участковым медицинским сестрам. В данном приказе указывается, что ПМСП является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением

беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению [124].

В таблице 4.4 представлен трудовой паспорт врача терапевта-участкового для начисления стимулирующих выплат за выполнение нагрузки по амбулаторному приему и квартирным вызовам, с обязательным применением коэффициента аудита (Ка). Выполнение планового задания по таким приоритетным направлениям, как диспансеризация отдельных групп взрослого населения и диспансерное наблюдение, вакцинация, выявление злокачественных заболеваний на ранних стадиях и другие, введено нами в формирование выплаты стимулирующего характера и премиальных выплат (представлены в Таблице 4.1).

Таблица 4.4 – Трудовой паспорт участкового врача-терапевта и участковой медицинской сестры для начисления доплат стимулирующего характера за выполнение нагрузки по приему и вызовам за ____месяц 20__г. (4)

ФИО сотрудника	План прием на 1 ставку в день	План вызовы на 1 ставку в день	Отработано фактически ставок	План на фактически отработанные ставки			Выполнение нагрузки по данным статистики (абсолютное число, %)								Результат (% доплаты) за месяц		
				Прием	Вызовы	Всего	Прием (абс.ч.)	В т.ч. в выходные и праздничные дни (абс.ч.)	Итого прием (абс.ч.)	Выполнение плана %	Вызовы всего (абс.ч.)	В т.ч. в выходные и праздничные дни (абс.ч.)	Выполнение плана %	Итоговый результат %	Коэффициент аудита	Конечный результат %	Стимулирующие выплаты % к окладу($Д_1$)
Врач	20	6															
Врач	20	6															
…	20	6															
…	20	6															
Врач	20	6															

Выплаты стимулирующего характера за выполнение плановых заданий по вакцинации и диспансеризации отдельных групп взрослого населения, за

выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях осуществлялись в денежном эквиваленте, утвержденном в «Положении об оплате труда».

Формирование стимулирующих выплат за проведение вакцинации против гриппа (или COVID-19, корь и другие) зависело от ряда условий. В зависимости от места проведения вакцинации (в поликлинике или при организации выездных прививочных бригад), осмотр врача перед прививкой составит 50,0 и 60,0 рублей соответственно.

Результаты оцениваются по представленным статистическим данным. Выборка статистических данных по указанным критериям осуществляется лицом, ответственным за проведение вакцинации населения от гриппа (или COVID-19, корь и другие) за период с 26 числа предыдущего месяца по 25 число отчетного месяца и предоставляется руководителю подразделения.

Результаты оценки критериев оформляются трудовым паспортом с направлением в финансово-экономическую службу не позднее 1-го числа месяца, следующего за отчетным, по форме установленного образца (Таблица 4.5)

Таблица 4.5 – Трудовой паспорт для начисления доплат стимулирующего характера сотрудникам, принимающим участие в вакцинации (4)

Категория участников	Сумма выплат за 1 осмотр при вакцинации (руб.)		Количество пациентов/вакцинаций		Сумма выплат в руб.
	В поликлинике	На выезде	В поликлинике	На выезде	
Врач	50,0	60,0			

На руководителей подразделения возложена персональная ответственность за полноту и точность учета выполненных работ, соблюдение сроков предоставления отчетной документации, ее достоверность. На

основании предоставленных документов по выполнению критериев по доплатам стимулирующего характера издается приказ по организации с приложением трудового паспорта и рапортов.

Для оценки результатов деятельности по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения определены участники проведения диспансеризации, среди которых врач-терапевт участковый.

Врач-терапевт участковый действует в соответствии со стандартной операционной процедурой (СОП), участвует в отборе и направлении пациентов для прохождения диспансеризации, непосредственном ее проведении и оформлении установленных форм медицинской документации и передаче подготовленных документов в отделение статистики для выставления счетов в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по законченным случаям диспансеризации.

Основанием для доплат стимулирующего характера по диспансеризации определенных групп взрослого населения для врача-терапевта участкового избраны следующие критерии:

- за выполнение планового задания по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения от 70% до 90% от утвержденного планового задания на месяц с выплатами за каждый закрытый случай диспансеризации – 200 руб.; при выполнении планового задания свыше 90% выплата составит – 500 руб. Результаты, контроль достоверности представленных данных осуществляется через выборки из базы данных по сданным и введенным посещениям в используемых в медицинской организации МИС КПС. Результаты оцениваются на основании рапорта заведующей отделением профилактики.

Выборка статистических данных по заявленным критериям осуществляется с 26 числа предыдущего месяца по 25 число отчетного месяца.

Результаты оформляются трудовым паспортом с предоставлением в финансово-экономическую службу не позднее 1 числа месяца, следующего за отчетным по форме установленного образца (Таблица 4.6)

Таблица 4.6 – Трудовой паспорт для начисления доплат стимулирующего характера сотрудникам, принимающим участие в проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения за _____месяц 20… года (4)

№	Фамилия, имя, отчество	Количество пациентов		Выплата за каждый законченный случай диспансеризации (от 70 до 90% плана) (руб.)	Выплата за каждый законченный случай диспансеризации (свыше 90% плана) (руб.)	Сумма к начислению
		1 этап «Д»	2 этап «Д»			
1	Врач терапевт участковый			200,0	500,0	

На основании предоставленных документов по выполнению критериев по доплатам стимулирующего характера издается приказ по организации с приложением трудового паспорта и рапортов.

Стартовавший в Российской Федерации в 2019 году федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» (в рамках Национального проекта «Здоровье») направлен на снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных. В связи с этим, осуществляются выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-терапевтам отделения профилактики, врачам-специалистам за подтвержденный случай раннего выявления злокачественного новообразования (ЗНО) 1 стадии – 10 000 руб.; 2 стадии - 5000 руб. На основании предоставленных документов по выполнению критериев по доплатам стимулирующего характера издается приказ по организации с приложением трудового паспорта и рапортов.

Для формирования процента доплаты ($Д_1$) к основному окладу врачам-терапевтам участковым, учитываются и оцениваются следующие данные:

Плановая нагрузка – объемный показатель, характеризующий величину планового задания на отчетный период:

- $\sum_{пр\,(норм)}$ = норматив амбулаторного приема за фактически отработанное время в день*на количество отработанных дней;

- $\sum_{кв\ (норм)}$ = норматив квартирных вызовов в день*на количество отработанных дней.

Фактическое исполнение нагрузки – объемный показатель, характеризующий весь объем выполненной работы по амбулаторному приему и выполнению квартирных вызовов за отчетный период (месяц):

- $\sum_{пр\ (факт)}$ = фактическое число принятых на амбулаторном приеме пациентов в отчетный месяц;

-$\sum_{кв\ (факт)}$ = фактическое число выполненных квартирных вызовов к пациентам в отчетный месяц;

- «Ка» - коэффициент аудита (понижающий), являющийся интегральным показателем соблюдения оценочных критериев (коэффициентов) деятельности врача, устанавливается в интервале от 0,0 до 1,0 в зависимости от доли дефектов выполненной работы, установленной комиссионно.

Процент доплаты к основному окладу ($Д_1$) рассчитывается по формуле:

(2)

$$\left(\frac{\sum пр\ (факт) - \sum пр\ (норм)}{\sum пр\ (норм)} + \frac{\sum кв\ (факт) - \sum кв\ (норм)}{\sum кв\ (норм)}\right) x100xКа = Д_1$$

При исчислении доплаты ($Д_2$) к основному окладу врачам-терапевтам участковым, рассчитываемой в денежном эквиваленте, учитываются и оцениваются следующие данные:

- $\sum_1$ = фактическое выполнение числа осмотров/вакцинаций в поликлинике за отчетный период (месяц)*на установленную сумму;

- $\sum_2$ = фактическое число осмотров/вакцинаций, выполненных в составе выездной бригады за отчетный период (месяц)*на установленную сумму;

- $\sum_3$ = Выплата за каждый законченный случай диспансеризации (от 70 до 90% плана) *на установленную сумму;

- $\sum_4$ = Выплата за каждый законченный случай диспансеризации (более 90% плана) *на установленную сумму;

- $\sum_{ОНКО}$ = Выплата за каждый случай диагностики злокачественных новообразований на ранних стадиях*на установленную сумму.

Доплата рассчитывается по формуле:

$Д_2 = (\sum_1 и/или \sum_2) + (\sum_3 или \sum_4) + \sum_{ОНКО} + \sum_n$

Итоговая выплата «Д $_{ИТОГ}$» рассчитывается по формуле:

«Д $_{ИТОГ}$» = $Д_1 + Д_2$

Формирование стимулирующих выплат и разработка дифференцированной системы оплаты труда в поликлинике на примере процедурного кабинета

Процедурный кабинет медицинской организации, оказывающей ПМСП, является специально организованным кабинетом, в котором обеспечивается выполнение забора проб биологических жидкостей на исследования (крови); внутривенных, внутримышечных, подкожных, инъекций.

Кабинет работает в две смены, с 8-00 до 20-00 (12 часов). Медицинские сестры (4 медицинских сестры) - с 8-00 до 15-42 и с 12-18 до 20-00 часов. Продолжительность рабочего дня медицинской сестры процедурного кабинета составляет 7,7 часа (462 минуты) [126]. Коэффициент полезного использования рабочего времени составил 0,57 или 264 минуты в смену (Таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Распределение затрат рабочего времени в процедурном кабинете на манипуляции и прочие работы (Технологическая карта) (1)

Показатель	Часы работы	Затраты времени (минут)
Взятие крови для биохимических исследований с использованием закрытой системы взятия венозной крови (контейнер-системы)	8-00:10-48 (15 мин на бактерицидное облучение и проветривание)	153,0
Считывание QR- кодов с пробирок с кровью и формирование базы данных для лаборатории	10-00:10-50	50,0
Упаковка образцов крови и направлений на биохимические исследования в контейнеры и передача их водителю	10-30:11-00	30,0
Каждые 2 часа бактерицидное облучение и проветривание процедурного кабинета в соответствии с графиком	10-00:10-15 12-00:12-15 17-00:17-15	45,0
Выполнение врачебных назначений (инъекций) и регистрация их выполнения в журнале	11-00:14-00 (15 мин на бактерицидное облучение и проветривание)	165,0
Заполнение учетных и отчетных форм* (первая смена) оформление трудовых паспортов	13-39:14-00	21,0
Санитарная пауза (уборка помещения, бактерицидное облучение)	14-00:15-00	60,0
Подготовка инструментария, средств для обработки кожи, пополнение укладок, оформление заявок для пополнения расходных материалов и их получение	15-00-15-40	40,0
Выполнение врачебных назначений (инъекций) и регистрация их выполнения в журнале	15-00:18-45 (15 мин на бактерицидное облучение и проветривание)	210,0
Заполнение учетных и отчетных форм* (вторая смена), оформление трудовых паспортов	18-30:19-00	30,0
Санитарная пауза (влажная уборка помещения с использованием дезинфицирующих средств, бактерицидное облучение)	19-00:20-00	60,0
Еженедельно, по пятницам, дополнительно 1 час на генеральную уборку	18-00:20-00	60,0

*Журнал учета режима автоклавов, воздушных стерилизаторов;
Журнал учета качества предстерилизационной подготовки;
Журнал учета температурного режима в холодильнике;
Журнал аварийных ситуаций на производстве;
Журнал проведения генеральных уборок;
Технологический журнал образования отходов Класса Б;
Журнал регистрации и контроля работы бактерицидной установки.

Разработанные СОП для медицинских сестер процедурного кабинета по выполнению манипуляций призваны исключить возникновение рисков осложнений при выполнении процедур.

Была создана рабочая группа в составе: заместитель главного врача по медицинской части (председатель), главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра отделения, врач-методист, экономист планово-экономического отдела. Расчет респондентов для хронометражных наблюдений в процедурном кабинете: $n = 16 / (0{,}022 \times 16 + 1) = 11{,}83$ человек. Проведены хронометражные замеры на все виды основных и вспомогательных работ (забор крови для биохимических исследований, забор крови на RW, выполнение внутривенной, внутримышечной и подкожной инъекции, считывание QR-кодов) среди всех сотрудников процедурных кабинетов (16 человек) базовых медицинских организаций с разным опытом работы и квалификацией, в соответствии с разработанными стандартными операционными процедурами. При необходимом количестве хронометражных замеров, согласно расчетам, 2035, нами было проведено 2425 замеров. Основная цель проведения замеров – оптимизация рабочего процесса в процедурном кабинете: сколько времени тратится на каждую рабочую манипуляцию; выявление непроизводственных временных потерь; оценка результативности работы процедурного кабинета; оценка времени ожидания манипуляций пациентами с помощью видеофиксации. После выполнения хронометражных замеров и оценки их результатов, за 1 учетную единицу принято время выполнения 1 внутримышечной/подкожной инъекции, равное 3,3 минуты (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Итоговые данные хронометража при проведении внутримышечных/подкожных инъекций (1)

Показатель	Затраты времени (минут/секунд)
Подготовка пациента:	1,4 мин/85 сек
Встреча пациента (идентификация пациента) в кабинете, получение направления на манипуляцию и лекарства. Сбор аллергологического анамнеза	0,3 мин/20 сек
Проверка правильности оформления направления	0,16 мин/10 сек
Внесение данных о процедуре в Журнал учета инъекций	0,33 мин/20 сек
уложить пациента в удобную позу	0,25 мин/15 сек
освободить место для инъекций	0,33 мин/20 сек
Действия:	1,9 мин/115 сек
Обработка рук медицинской сестры процедурного кабинета	0,8 мин/48 сек
Определение места инъекции	0,08 мин/5 сек
Обработка кожных покровов пациента	0,08 мин/5 сек
Введение лекарственного средства. Уточнить у пациента его самочувствие	0,6 мин/36 сек
Окончание процедуры 1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б 2. Обработать руки гигиеническим способом и осушить	0,35 мин/21 сек
Суммарные затраты времени на выполнение инъекции	3,3 мин

Таким образом, за 1 рабочую смену каждая медицинская сестра процедурного кабинета должна набрать 80 учетных единиц в любой комбинации выполненных манипуляций. На основании этих данных устанавливалась оптимальная (прозрачная) учетная единица трудозатрат и определялось необходимое их количество, которое соответствует исполнению функции должности на один оклад. С учетом времени, затраченного на выполнение манипуляций по забору крови из вены для биохимических исследований, за учетную единицу принято 2,5; забор крови на RW равен 5,0; внутривенная инъекция приравнивается к 2,0; а подкожные инъекции, так же, как и внутримышечные, равны 1,0. Работа по считыванию QR-кодов и формирования базы данных для передачи в лаборатории биологического материала за 1 пациента равна 1,25 учетных единиц. Информация по видам

выполненных работ каждой медицинской сестрой вносится в индивидуальный трудовой паспорт (Таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Трудовой паспорт ежедневной нагрузки в процедурном кабинете в (месяце) _ 20…_ года (2)

Специалист	Дата									Кол-во пациентов/дней за месяц	Средняя нагрузка в день	Подпись сотрудника
	1	2	3	…	…	…	29	30	31			
Медицинская сестра (ФИО)												
забор крови												
забор крови на RW												
в/в инъекции												
в/м инъекции/подкожные												
Считывание QR-кодов и формирование базы данных (чел.)												

Анализ и контроль исполнения нагрузки по каждому сотруднику процедурного кабинета проводится главной медицинской сестрой за период с 26 числа предыдущего месяца по 25 число отчетного месяца.

Результаты оценки исполнения нагрузки оформляются *трудовым паспортом* с предоставлением в финансово-экономическую службу не позднее 1 числа следующего за отчетным месяцем по форме установленного образца. Один раз в месяц заполненная таблица по исполнению нагрузки после контроля главной медицинской сестрой оформляется в виде трудового паспорта кабинета (Таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Трудовой паспорт процедурного кабинета за _____месяц 202… года (2)

Наименование процедуры	Норматив за смену		медсестра 1 (выполнение)		медсестра … (выполнение)		медсестра 4 (выполнение)		ИТОГ (выполнение)	
	всего	Учетная единица	всего	Учетная единица	всего	Учетная единица	всего	Учетная единица	всего	Учетная единица
забор крови	32	2,5								
забор крови на RW	16	5								
в/в инъекции	40	2								
в/м или п/к инъекции	80	1								
Считывание QR-кодов и формирование базы данных (чел.)	64	1,25								
Всего выполнено										
норма уч. единиц/день		80								
рабочих дней норма										
рабочих дней факт										
Уч. единиц норма факт/дн										
разница факт-норма										
% доплаты										

Процент доплаты к основному окладу рассчитывается по формуле: (1)

$$\% \text{ к основному окладу} = \left(\frac{\sum_1 - \sum_2}{\sum_2} \text{x} 100\right) \text{xКа}$$

где: - $\sum_1$ = «фактическое исполнение нагрузки» – объемный показатель, характеризующий весь объем выполненной работы за отчетный период (месяц) и равно фактическому числу учетных единиц в день на количество отработанных дней в месяце;

-$\sum_2$ = «плановая нагрузка»: объемный показатель, характеризующий величину планового задания на отчетный период и равно норме учетных единиц в день на количество отработанных дней в месяце;

- «Ка» - коэффициент аудита (понижающий), являющийся интегральным показателем соблюдения оценочных критериев (коэффициентов) деятельности медицинской сестры, устанавливается в интервале от 0,0 до 1,0 в зависимости от доли дефектов выполненной работы, установленной комиссионно (Таблица 4.3). Полученные данные оформляются в виде акта проверки.

Разработанный в рамках организационного эксперимента внутренний алгоритм определения норм времени и нагрузки, оценочных критериев деятельности медицинских работников, явился основанием для внедрения принципов предложенной дифференцированной системы оплаты труда в медицинской организации и призван стать действенным стимулом для сохранения и привлечения кадров, улучшения доступности медицинских услуг населению.

4.3. Разработка системы премирования медицинских работников поликлиники

Премиальные выплаты, являясь частью системы материального стимулирования, формируются на основе оставшихся средств фонда заработной платы после осуществления медицинским работникам ежемесячных доплат стимулирующего характера, формируемого суммарно из средств бюджета Санкт-Петербурга, средств обязательного медицинского страхования, доходов от оказания платных услуг, средств, полученных от экономии при управлении инфраструктурой поликлиники, формирующихся за счет внедрения принципов «Бережливого производства».

В ходе исследования установлено, что все базовые поликлиники, в связи с отсутствием нормативных документов, регламентирующих общие подходы

к формированию критериев по начислению стимулирующих и премиальных выплат, самостоятельно (в ряде случаев, при согласовании с профсоюзной организацией), разрабатывали собственные критерии балльной оценки трудового вклада каждого работника при начислении ему премиальных выплат.

При разработке подходов к формированию системы премирования, нами использованы базовые финансовые принципы премирования сотрудников, такие, как:

- осуществление выплаты премии из средств экономии фонда заработной платы, после выплат всей заработной платы и ежемесячных стимулирующих выплат по итогам месяца, квартала либо года;

- размер средств, направляемых на премирование сотрудников, определяется на основе анализа данных о плановом фонде оплаты труда (в том числе по соответствующим источникам финансирования) с учетом резерва средств на предстоящую оплату отпусков и иных выплат в соответствии с законодательством;

- начисление премии производится только в пределах планового фонда оплаты труда.

Нами также был сохранен и ряд критериев общего (объективного) характера, характеризующих каждого сотрудника, с имеющимися числовыми значениями, используемыми до проведения организационного эксперимента:

- коэффициент по должности ($К_1$); коэффициент квалификации ($К_2$); коэффициент рабочего времени ($К_3$); коэффициент удержания ($К_4$); коэффициент занятости ($К_5$); коэффициент совместительства ($К_6$); коэффициент замещения вышестоящей должности ($К_7$);

Количество баллов по каждому работнику представляло собой произведение набранных им коэффициентов = $К_1 \times К_2 \times К_3 \times К_n \times Ка$ средн

Сумма баллов по всем работникам (Р) складывалась из количества баллов, набранных работниками = $Р_1+Р_2+Р_3+Р_{n.}$

$$\text{Стоимость одного балла} = \frac{\text{Фонд экономии зарплаты}}{\text{Сумма баллов, набранных всеми сотрудниками}}$$

Сумма премиальных выплат по каждому сотруднику = Число баллов, набранных сотрудником × Стоимость одного балла.

Например, «Коэффициент рабочего времени» выражался в абсолютном значении фактического количества отработанных дней за определенный период времени. Расчет числа рабочих дней осуществлялся, исходя из нормальной продолжительности рабочего времени. Для работников, работающих в условиях суточной занятости, расчет проводился, исходя из фактически отработанных часов рабочего времени, приведенных к нормальной продолжительности рабочей смены. В расчет коэффициента рабочего времени не входило время нахождения работника в отпуске, отгуле, на листке временной нетрудоспособности, учебе и т.д. Количество фактически отработанного рабочего времени по каждому работнику должно было соответствовать данным в табеле учета рабочего времени. Данные по фактически отработанному времени сотрудников структурных подразделений предоставлялись бухгалтерией. Коэффициент рабочего времени согласовывался с главным бухгалтером. Коэффициент занятости определялся фактической максимальной занятостью работника в течение анализируемого периода времени, но не более 1,0 должностного оклада. Значение коэффициента занятости составляло – «0,25»; «0,5»; «0,75»; «1,0» и определялось как степень занятости работника в течение не менее 50% анализируемого периода.

Коэффициент совместительства применялся для медицинских работников, временно работающих на нескольких участках, выполняющих работу по разным подразделениям. Он имел значение от «1,0» до «1,1».

Коэффициент замещения вышестоящей должности использовался для административно-управленческого персонала и руководящих работников,

временно замещающих отсутствующих руководителей. Он имел значение от «1,0» до «1,1».

Коэффициент эффективности, ранее являвшийся условной оценкой качества исполняемой работы и определяемый руководителем подразделения и не имевший критериев объективной оценки деятельности работника, заменен на «Оценочные критерии деятельности медицинских работников», применяемый при начислении ежемесячных стимулирующих выплат (пример в Таблице 4.2 и 4.3).

Предложенные оценочные критерии деятельности медицинских работников отражают вклад каждого работника в выполнение плановых заданий, выполнение особо важных и сложных заданий, проведение диспансеризации определенных групп населения, диспансерного наблюдения, вакцинации и непосредственно влияют на величину премиальной выплаты. Таким образом, разработанные оценочные критерии деятельности медицинских работников не несут в себе субъективной оценки деятельности каждого работника, отражают трудовой вклад каждого работника в выполнении целевых показателей, делают начисление премиальных выплат объективными и стимулируют работников к улучшению показателей работы. При начислении премиальных выплат также сохранено право главного врача на определение величины оценочных коэффициентов для заместителей руководителя, главного бухгалтера, заведующей канцелярией.

Оценочные коэффициенты руководителям подразделения, старшим медицинским сестрам подразделений, главной медицинской сестре устанавливаются главным врачом на основании суммарной оценки оценочных коэффициентов деятельности сотрудников подразделения.

Ведомость распределения премиальных выплат по подразделениям представляется в виде рапорта главному врачу. На основании поданных рапортов издается приказ о премировании.

Таким образом, разработанные учетные и отчетные формы, используемые при учете выполненных работ, доступные контролю в

постоянном режиме, позволяют избежать потерь в достоверности и объективности при оценке трудового вклада в выполнение планового задания каждого работника, являются универсальными и могут быть использованы для формирования стимулирующих выплат в любом подразделении медицинской организации.

Применение как стимулирующих, так и премиальных выплат обеспечивает дифференциацию в оплате труда медицинского работника в зависимости от количества выполненной работы и исполнения оценочных критериев деятельности (пример в Приложении 9).

Рисунок 4.2 – Схема стимулирующих выплат при дифференцированной системе оплаты труда

Представленный выше рисунок демонстрирует очередность назначения стимулирующих и премиальных выплат с учетом критериев, влияющих на их величину.

Фактически, структура стимулирующей части заработной платы представлена следующим образом: стимулирующие выплаты занимают около 80,0%, премиальные выплаты - около 20,0%.

Разработанные учетные и отчетные формы, используемые при учете выполненных работ, доступные контролю в постоянном режиме, позволяют избежать потерь в достоверности и объективности при оценке трудового вклада в выполнение планового задания каждого работника, являются универсальными и могут быть использованы для формирования стимулирующих выплат в любом подразделении медицинской организации.

Разработанная и апробированная в ходе организационного эксперимента система оплаты труда медицинских работников, основанная на дифференцированном подходе, на основании хронометражных замеров исполнения трудовой функции (манипуляции, процедуры, обследования и т.д.), является унифицированной и может быть использована в любой медицинской организации, оказывающей ПМСП, и включать анализ реализации актуальных задач, стоящих перед такой медицинской организацией.

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

5.1. Анализ показателей деятельности базовых поликлиник после внедрения системы дифференцированной оплаты труда

Для оценки результатов внедрения системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников нами был проведен анализ показателей деятельности поликлиник, отобранных в качестве экспериментальных баз внедрения.

Проведена оценка показателей за трехлетний период внедрения системы (2020-2022 гг.), оценено влияние дифференцированной системы оплаты труда на качественные и количественные показатели, характеризующие деятельность, как отдельных структурных подразделений, так и медицинских организаций в целом.

Ключевая роль в деятельности поликлиники отводится участковым врачам-терапевтам. В этой связи в качестве показателей результативности системы дифференцированной оплаты труда были использованы следующие: выполнение функции врачебной должности (число посещений участковыми терапевтами пациентов на дому, число амбулаторных посещений, в том числе с профилактической целью); выполнение плана диспансеризации и вакцинации взрослого населения, процент злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях. В результате исследования исполнения функции врачебной должности врачами-терапевтами участковыми в 2020-2022 годах, при сравнении со средними значениями 2010-2018 годов, установлено, что:

- в 2020 году показатель числа посещений на дому на 1 врача-терапевта демонстрировал увеличение во всех базовых поликлиниках, что связано с эпидемиологической ситуацией и ростом обращений: в поликлинике № 1 - на 40,0% (p <0,05), в поликлинике № 2 - на 44,0% (p <0,01); в поликлинике № 3 - на 35,0%, в поликлинике № 4 - на 29,0%;

- в 2020 году число посещений на дому на 1 жителя также показало статистически достоверные различия: в поликлинике № 1 темп прироста составил 133,5% (p <0,01); в поликлинике № 2 - 51,06%, в поликлинике № 3 - 113,4% (p <0,01); в поликлинике № 4 -156,7% соответственно (p<0,01).

Таблица 5.1 – Выполнение функции врачебной должности врачами-терапевтами участковыми в 2020-2022 годах

Годы	Число посещений на дому		Число амбулаторных посещений		в т.ч. с профилактической целью	
	на 1 жителя	на 1 врача	на 1 жителя	на 1 врача	на 1 жителя	на 1 врача
Поликлиника № 1						
2020	1,24	1994,60	2,78	4484,70	0,15	248,70
2021	1,30	2120,30	3,04	4946,60	0,26	421,90
2022	1,10	1832,90	3,13	5217,40	0,31	515,10
Поликлиника № 2						
2020	0,73	2072,50	1,71	4880,20	0,12	355,90
2021	0,81	2219,10	2,02	5494,90	0,15	404,40
2022	0,81	1937,90	2,35	5607,30	0,21	506,50
Поликлиника № 3						
2020	0,92	1932,40	2,03	4280,10	0,11	240,40
2021	0,96	2013,60	2,19	4583,90	1,08	371,60
2022	0,93	1868,70	2,40	4817,50	0,23	469,20
Поликлиника № 4						
2020	1,08	1840,60	2,65	4532,60	0,12	202,90
2021	1,13	1938,20	2,79	4786,40	0,23	403,10
2022	1,04	1789,50	2,82	4867,70	0,30	519,30

- число амбулаторных посещений на 1 врача-терапевта участкового в 2020 году также возросло: в поликлинике № 1 на 12,0%; в поликлинике № 2 на 12,5%; в поликлинике № 3 на 11,0%; в поликлинике № 4 на 13,2%;

- число амбулаторных посещений на 1 жителя также показало рост: в поликлинике № 1 прирост составил 84,3%, в поликлинике № 2 – 16,9%, в поликлинике № 3 – 76,8%, в поликлинике № 4 – 123,1% (p <0,01);

- доля посещений с профилактической целью на амбулаторном приеме на одного врача сократилась в поликлинике № 1 на 41,8% (p <0,01); в поликлинике № 2 на 28,0%; в поликлинике № 3 на 44,6% в поликлинике № 4 на 50,6%;

- в 2020 году отмечено снижение доли посещений с профилактической целью на 1 жителя в базовых поликлиниках: в поликлинике № 1 на 3,6%, в поликлинике № 2 на 26,8%, в поликлинике № 3 на 12,2%, в поликлинике № 4 на 8,6% (p <0,05) (Таблица 5.1).

В 2021 году по сравнению с 2020 годом, отмечена продолжающаяся тенденция к росту показателя числа посещений на 1 участкового врача-терапевта на дому: в поликлинике № 1 на 6,3%; в поликлинике № 2 на 7,1% (p <0,05); в поликлинике № 3 на 4,2%; в поликлинике № 4 на 5,3%. Вырос также и показатель числа посещений на дому на 1 жителя: в поликлинике № 1 на 5,2%; в поликлинике №2 на 12,3%; в поликлинике №3 на 4,8%; в поликлинике № 4 на 4,7%.

Увеличилось также число амбулаторных посещений на 1 врача-терапевта на 5,6%-12,6%, в том числе и с профилактической целью: в поликлинике № 1 на 10,3%; в поликлинике № 2 на 12,6% (p <0,05); в поликлинике № 3 на 7,1%; в поликлинике № 4 на 5,6%.

В 2021 году отмечен рост числа амбулаторных посещений на 1 жителя на 5,0-18,1%, в том числе и с профилактической целью: в поликлинике № 1 на 67,9%; в поликлинике № 2 на 19,2%; в поликлинике № 3 на 55,4%; в поликлинике № 4 на 97,4%.

В 2022 году показатель числа посещений на дому на одного врача снизился по сравнению с 2021 годом: максимальное снижение числа посещений на дому было в поликлинике № 1 (на 13,6%), минимальное – в поликлинике № 3 (на 7,2%). Снизилось число посещений на дому на 1 жителя: в поликлинике № 1 на 15,4% (p <0,05); в поликлинике № 2 на 0,3%; в поликлинике № 3 на 3,2%; в поликлинике № 4 на 8,2%.

Отмечен рост числа амбулаторных посещений на 1 врача: в поликлинике № 1 на 5,5%; в поликлинике № 2 на 2,1%; в поликлинике № 3 на 5,1%; в поликлинике № 4 на 1,7% и рост амбулаторных посещений на 1 жителя: максимальное повышение показателя (на 16,5%) (p <0,05) в поликлинике № 2, минимальное – в поликлинике № 4 (на 1,1%).

Увеличилось число посещений с профилактической целью на одного врача: в поликлинике № 1 на 22,1% в поликлинике № 2 на 25,3%; в поликлинике № 3 на 26,3%; в поликлинике № 4 на 28,8% (p <0,05); в том числе и на 1 жителя: в поликлинике № 1 на 19,5%; в поликлинике № 2 на 43,0%; в поликлинике № 3 на 31,7%; в поликлинике № 4 на 28,1%.

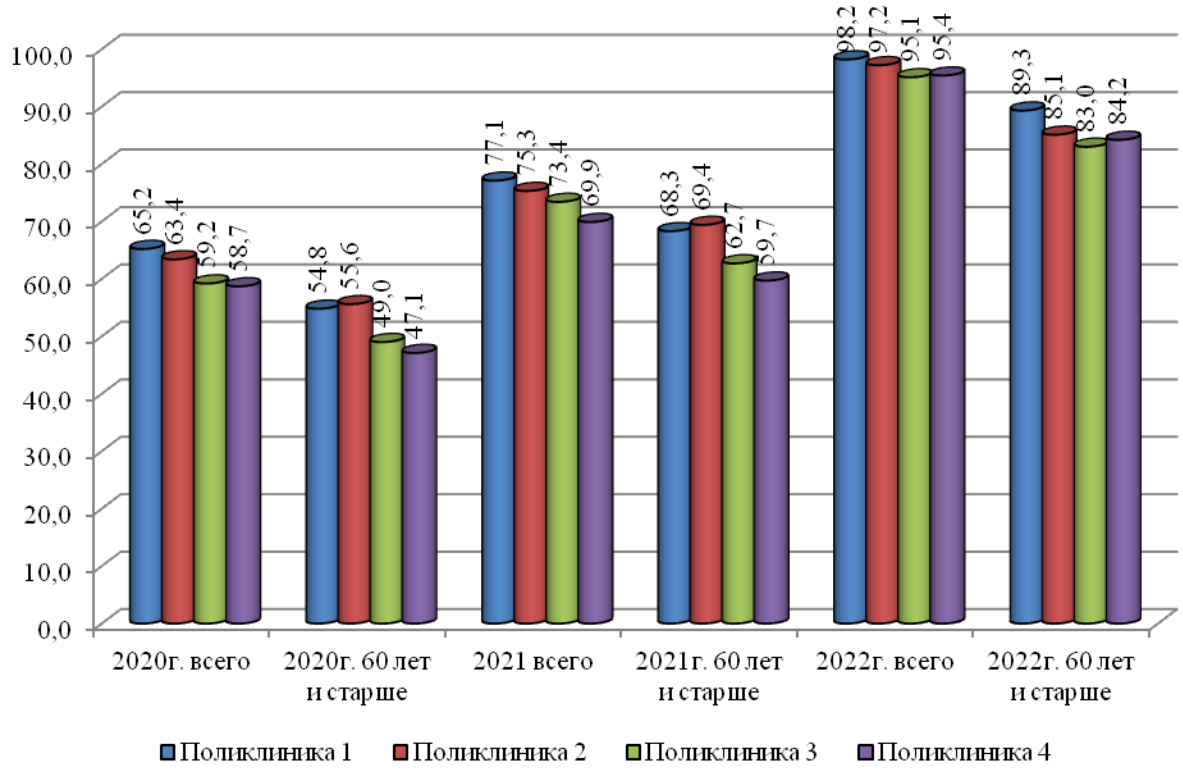

Рисунок 5.1 – Динамика показателя выполнения плана диспансеризации взрослого населения за период 2020-2022 гг. (% от числа подлежащих)

Анализ динамики показателя выполнения плана диспансеризации показал, что в 2020 году, по сравнению со средним показателем 2013-2018 годов, во всех базовых поликлиниках было зафиксировано снижение

выполнения плана диспансеризации определенных групп взрослого населения: от 31,9% в поликлинике № 1, до 37,4% в поликлинике № 3 и 37,9% ($p<0,05$), в поликлинике № 4, что объясняется многими факторами, вызванными эпидемической ситуацией: отменой планового прима пациентов, перераспределением кадровых ресурсов и направление их на выполнение квартирных вызовов по поводу новой коронавирусной инфекции. Сравнивая выполнение планового задания по диспансеризации между 2020 и 2021 годом, отмечен рост процента выполнения планового задания в 2021 году: в поликлинике № 1 на 18,3%, в поликлинике № 2 на 18,8%, в поликлинике № 3 на 24,0% ($p <0,05$), в поликлинике № 4 на 19,1%. В 2022 году выполнение планового задания по диспансеризации определенных групп взрослого населения в поликлиниках превысило среднегодовые показатели 2013-2018 годов на 0,2%-2,6% (Рисунок 5.1).

При анализе динамики показателя выполнения плана диспансеризации лиц 60 лет и старше в 2022 году зафиксировано его увеличение по сравнению со среднегодовыми значениями за 2013-2018 годы в поликлинике № 1 на 6,1%, в поликлинике № 2 на 0,95%, в поликлинике № 3 на 0,21%, в поликлинике № 4 на 1,3%.

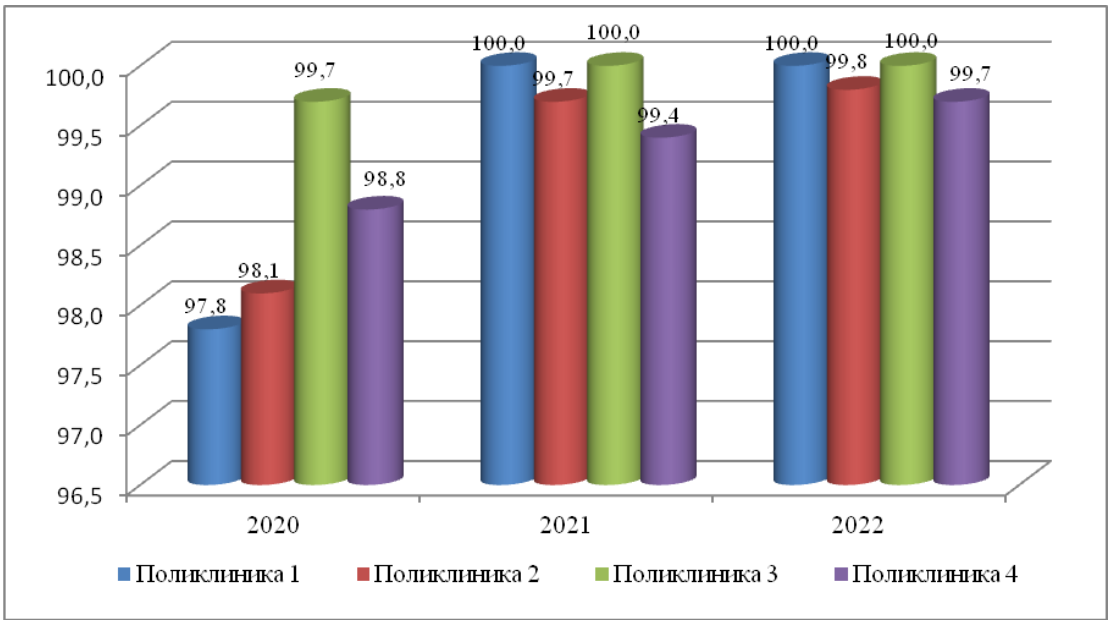

Рисунок 5.2 – Динамика показателя выполнения плана профилактических прививок среди взрослого населения за 2020-2022 гг. (%)

В базовых поликлиниках показатели выполнения плана профилактических прививок среди взрослого населения не имели существенных различий, как при сравнении с показателями за период 2010-2018 годов, так и с данными за 2020 и 2022 годы (Рисунок 5.2).

Выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях является одним из важнейших направлений деятельности участковых врачей-терапевтов. Во всех базовых поликлиниках в 2020 году, по сравнению со среднегодовыми показателями 2010-2018 годов, увеличилась доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях: в поликлиниках № 1 и № 4 на 15,0% и 15,4% соответственно, в поликлинике № 2 на 7,5%, в поликлинике № 3 на 10,9%. В 2021 году, при сравнении со среднегодовыми показателями 2010-2018 годов, продолжился рост числа выявленных злокачественных новообразований на ранних стадиях во всех поликлиниках: в поликлинике № 1 на 18,5%, в поликлинике № 2 на 13,5%, в поликлинике № 3 на 14,5%, в поликлинике № 4 на 20,6%. ($p<0,05$) (Рисунок 3.3 и Рисунок 5.3).

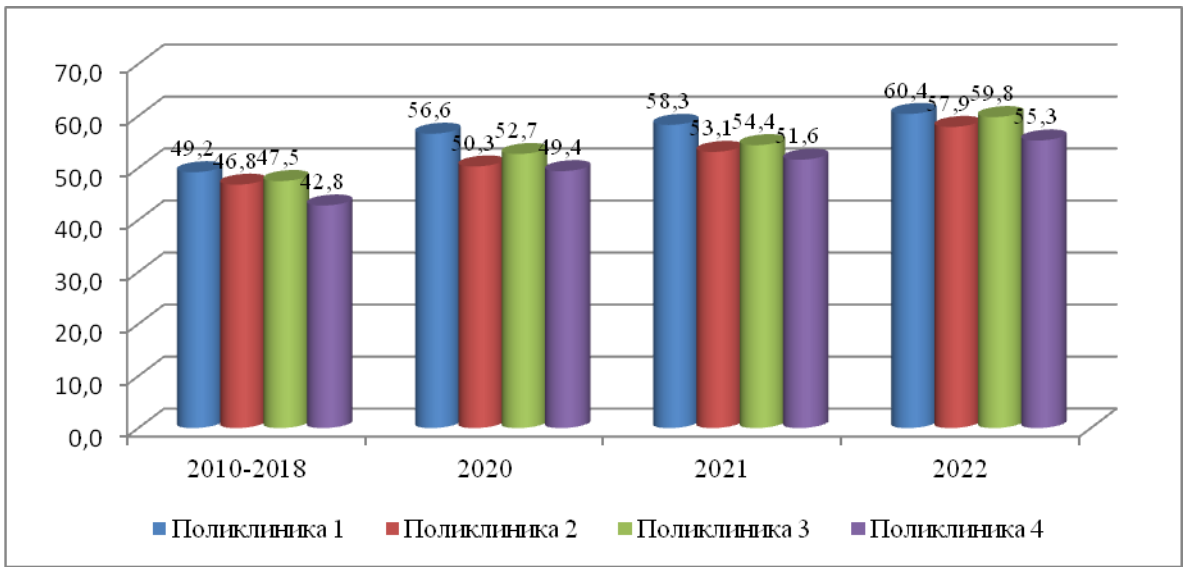

Рисунок 5.3 – Динамика показателя числа случаев выявленной онкологической патологии на ранних стадиях (%), средние значения за 2010-2018 гг., 2020-2022 гг.)

Рост числа случаев злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях, продолжился и в 2022 году. Так, при сравнении с показателями 2021 года, выявлен прирост показателя выявленных на ранних стадиях онкологических заболеваний в поликлинике № 1 на 3,6%; в поликлинике №2 на 9,0%; в поликлинике № 3 на 9,9%; в поликлинике № 4 на 7,2%.

Особое внимание при анализе результатов внедрения разработанных в настоящем исследовании механизмов материального стимулирования медицинских работников нами было уделено деятельности процедурных кабинетов поликлиник. На данные подразделения приходится большой объем работы, и они являются зоной частых жалоб со стороны пациентов из-за формирования очередей. Следующая таблица демонстрирует явно выраженную позитивную динамику объемных показателей их деятельности за исследуемый период.

Таблица 5.2 – Количество выполненных процедур в динамике за 2020-2022 гг. (на 1000 населения)

Годы	Виды процедур	
	Забор крови	Инъекции
Поликлиника 1		
2020	702,1	638,4
2021	717,6	651,2
2022	788,3	691,7
Поликлиника 2		
2020	569,5	606,7
2021	603,5	628,7
2022	664,4	676,3
Поликлиника 3		
2020	631,8	631,7
2021	642,6	649,2
2022	681,7	699,1
Поликлиника 4		
2020	561,2	611,3
2021	589,1	621,5
2022	631,1	642,7

В 2021 году показатель частоты забора крови в исследуемых поликлиниках возрос по сравнению со среднегодовыми показателями за период 2010-2018 гг.: в поликлинике № 1 на 14,0% (p <0,05), в поликлинике № 2 на 9,8% (p <0,05), в поликлинике № 3 на 3,8%, в поликлинике № 4 на 7,5% (p <0,05). В 2022 году продолжился рост показателя забора крови на исследования при сравнении с 2021 годом: в поликлинике № 1 на 9,8% (p <0,05); в поликлинике № 2 на 10,1% (p <0,05); в поликлинике № 3 на 6,1%; в поликлинике № 4 на 7,1%.

Показатель числа выполненных инъекций в процедурных кабинетах базовых поликлиник на 1000 прикрепленного населения в 2021 году также увеличился по сравнению со среднегодовыми показателями за период 2010-2018 гг.: максимально в поликлинике № 1 (рост на 10,0%) (p <0,05), в поликлинике № 2 на 6,7%, в поликлинике № 3 на 3,4%, в поликлинике № 4 на 5,2%.

В 2022 году, по сравнению с 2021 годом, показатель числа выполненных инъекций увеличился в поликлинике №1 на 6,2%; в поликлинике № 2 на 7,6%; в поликлинике № 3 на 7,7%; в поликлинике № 4 на 3,4% (Таблица 5.2).

Также была проанализирована динамика затрат времени пациентов на ожидание процедур в очереди, которая отражена в следующей таблице.

Таблица 5.3 – Среднее время ожидания пациентов процедур в очереди в 2022 году (минуты)

Показатель	Поликлиники			
	1	2	3	4
среднее время ожидания забора биологических жидкостей (минуты)	5,0±1,0	6,0±1,0	7,0±1,0	8±1,0
среднее время ожидания выполнения инъекций (минуты)	5,0±2,0	5,0±1,0	7,0±1,0	8±2,0

Для уменьшения времени ожидания у процедурного кабинета в поликлиниках организована электронная запись на исследования, организована отдельная стойка регистрации пациентов, обратившихся для

забора крови, электронное табло с оповещением очереди. Хронометражные замеры для оценки времени ожидания проводились с помощью видеофиксации в течение 5 рабочих дней в период, отведенный на забор крови время ожидания процедур в очереди стало составлять от 5 до 8 минут (Таблица 5.3).

Далее проведен анализ динамики числа обращений граждан в динамике за трехлетний период организационного эксперимента.

Ежегодно проводимый анализ числа обращений граждан (всего обращений, из них жалоб и жалоб, признанных обоснованными) в исследуемых поликлиниках после внедрения дифференцированной системы оплаты труда показал, что в 2021 году показатель составил 3,9 в поликлинике № 1 (снижение по сравнению с показателем 2010-2018 годов на 25,0%); в поликлинике № 2 – 6,0 (- 1,6%), в поликлинике № 3 показатель снизился до 5,9 на 1,7%; в поликлинике № 4 число обращений на 1000 населения снизилось до 5,2 (- 10,3%). В 2022 году, при сравнении с 2021 годом, показатель обращений граждан в поликлинике № 1 снизился на 2,6%; в поликлинике № 2 на 3,4%; в поликлинике № 3 на 1,7%; в поликлинике № 4 на 1,9%.

В 2021 году отмечено снижение показателя числа жалоб во всех базовых поликлиниках при сравнении с средним показателем за 2010-2018 годы: в поликлинике № 1 отмечено снижение числа жалоб на 1000 прикрепленного населения на 42,0% ($p<0,01$), из них обоснованных - на 60,0%; в поликлинике № 2 снижение показателя общего числа жалоб на 17,2%, из них обоснованных на 14,1%; в поликлинике № 3 снижение числа жалоб на 1000 прикрепленного населения на 15,5%, доля признанных обоснованными жалоб снизилась на 26,1%, в поликлинике № 4 показатель числа жалоб снизился на 5,7%, обоснованных – на 5,2% (Таблица 5.4).

Таблица 5.4 – Количество обращений граждан, из них обоснованных жалоб (на 1000 чел. прикрепленного населения, %)

Годы	Поликлиника 1		Поликлиника 2		Поликлиника 3		Поликлиника 4	
	Всего обращений (на 1000)	из них жалобы (на 1000)/ из них обоснованные (%)	Всего обращений (на 1000)	из них жалобы (на 1000)/ из них обоснованные (%)	Всего обращений (на 1000)	из них жалобы (на 1000)/ из них обоснованные (%)	Всего обращений (на 1000)	из них жалобы (на 1000)/ из них обоснованные (%)
2020	5,1	4,9/51,1	6,5	6,1/57,9	6,4	5,9/61,1	6,1	5,9/55,4
2021	3,9	2,9/21,3	6,0	4,8/49,4	5,9	4,9/42,8	5,2	5,0/51,3
2022	3,8	2,7/20,1	5,8	4,4/46,0	5,8	4,7/40,2	5,1	5,0/50,0

В 2022 году также отмечается снижение показателя числа жалоб населения во всех базовых поликлиниках по сравнению с таковым в 2021 году: в поликлинике № 1 зафиксировано снижение данного показателя на 6,9% ($p<0,05$), из них обоснованных - на 5,6%; в поликлинике № 2 отмечено снижение на 8,4% ($p<0,05$), из них обоснованных на 6,9%; в поликлинике № 3 подобное снижение зарегистрировано на 4,1%, из них доля обоснованных жалоб снизилась на 6,1%, в поликлинике № 4 показатель числа жалоб остался на уровне 2021 года, но число обоснованных жалоб снизилось в 2022 году на 2,5% (Рисунок 5.4).

Таким образом, отмечено позитивное влияние системы материального стимулирования медицинских работников на такой важный показатель деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, как жалобы и обращения граждан на обслуживаемых территориях с позиции снижения их количества и обоснованности.

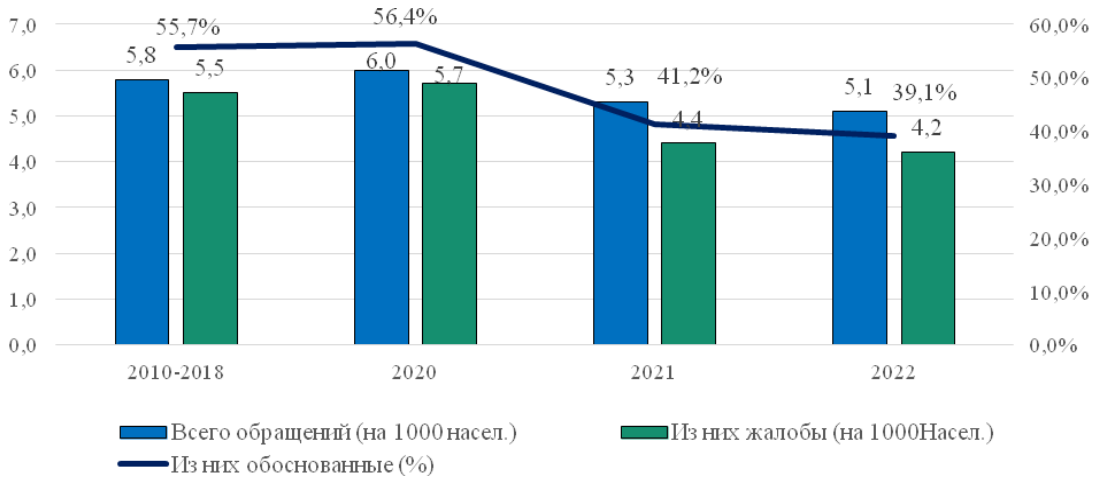

Рисунок 5.4 – Темпы прироста (убыли) показателя числа обращений граждан, в том числе жалоб и обоснованных жалоб в 2010-2022 гг. (на 1000 прикрепленного населения)

Далее оценивалась динамика отказов страховых медицинских организаций в оплате за оказание медицинской помощи и их причины.

Таблица 5.5 – Число отказов от выставленных счетов за оказание медицинской помощи (% от общего числа выставленных счетов)

годы	Поликлиника 1	Поликлиника 2	Поликлиника 3	Поликлиника 4
2020	6,3	7,4	7,6	8,1
2021	5,1	6,9	7,1	7,8
2022	4,9	6,3	6,8	7,2

В 2020-2022 годах доля отказов в оплате счетов за оказание медицинской помощи прикрепленному населению уменьшилась по сравнению со средними значениями 2010-2018 годов: в 2020 году в поликлинике № 1 на 17,1%; в поликлинике № 2 на 5,1%; в поликлинике № 3 на 3,8%; в поликлинике № 4 на 5,8%. При этом в 2021 году в поликлинике № 1 по сравнению с средними значениями за 2010-2018 годы число отказов

снизилось на 32,9% (p <0,05), в поликлинике № 2 на 11,5%, в поликлинике № 3 на 10,1%, в поликлинике № 4 на 4,9% (p <0,05) (Таблица 5.5).

В 2022 году доля отказов в оплате счетов за оказание медицинской помощи прикрепленному населению уменьшилась по сравнению с значениями 2021 года в поликлинике № 1 на 3,9%; в поликлинике № 2 на 8,7% (p <0,05); в поликлинике №3 на 4,2%; в поликлинике № 4 на 7,7% (Таблица 5.5).

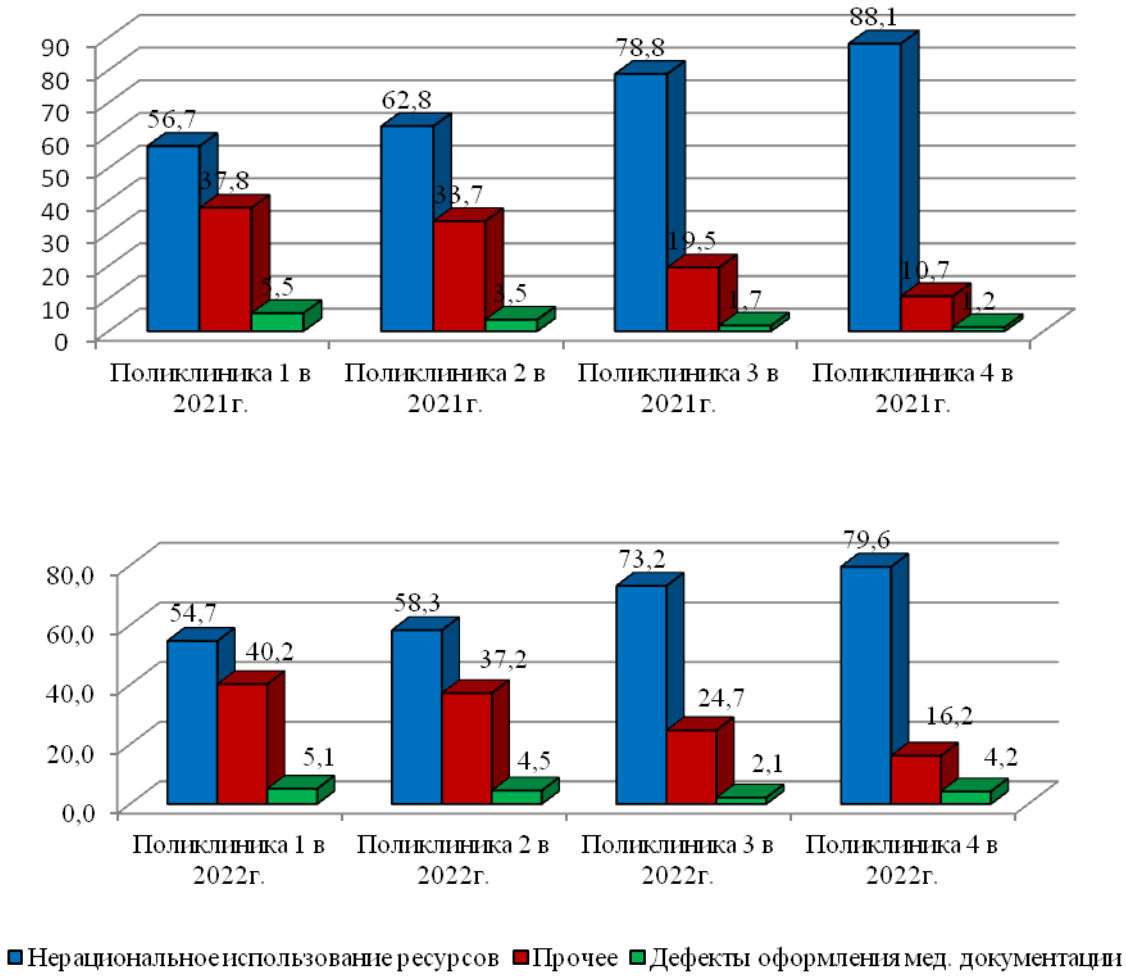

Рисунок 5.5 – Структура причин отказов оплаты случаев оказания медицинской помощи в 2021 и 2022 году в базовых поликлиниках (%)

В 2021 году в структуре причин отказов в оплате за оказание медицинской помощи во всех поликлиниках первое ранговое место занимает нерациональное использование ресурсов, при этом доля этой причины

снизилась во всех поликлиниках по сравнению с средним показателем за 2010-2018 годы: в поликлинике № 1 с 61,7% до 56,7% (снижение на 8,1%) ($p<0,05$), в поликлинике № 2 с 64,4% до 62,8% (-2,5%), в поликлинике № 3 с 82,1% до 78,8% (-4,0%), в поликлинике № 4 с 91,4% до 88,1% (-3,6%) (Рисунок 5.5).

Доля прочих причин, занимавших второе ранговое место в структуре отказов в 2021 году, при сравнении со средними показателями 2010-2018 годов, в поликлинике № 1 отмечен рост на 1,3%, в поликлинике № 2 снижение на 1,2%; в поликлинике № 3 доля прочих причин показала рост на 22,6% ($p <0,05$); в поликлинике № 4 – на 38,9% ($p <0,05$).

В 2022 году ведущее место в структуре причин отказов также принадлежит нерациональному использованию ресурсов, при этом доля этой причины снизилась во всех поликлиниках по сравнению с показателем за 2021 год на 3,5%-9,6%; максимальное снижение зафиксировано в поликлинике № 4 с 88,1% до 79,6%.

Доля прочих причин, также, как и в 2021 году, находящихся на втором ранговом месте в структуре отказов и в 2022 году, при сравнении с показателями 2021 года.

Группа «прочие» содержала в структуре следующие причины: повторное выставление счета за медицинскую помощь, оплаченную ранее; дефекты, выявленные в ходе медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи [115]; выявленные несоответствия даты оказания медицинской помощи отчетному периоду; некорректные данные о пациенте; оказание медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией (Рисунок 5.6).

В базовых поликлиниках в 2021 году первое место занимают дефекты, выявленные при МЭЭ и ЭКМП: в поликлинике № 1 – 12,2% (снижение показателя по сравнению со средним значением на 9,6%), в поликлинике № 2 – 48,7% (снижение на 7,6%), в поликлинике № 3 – 23,2%, снижение доли дефектов на 8,3%, в поликлинике № 4 доля составляет 24,1%, со снижением на 2,8%.

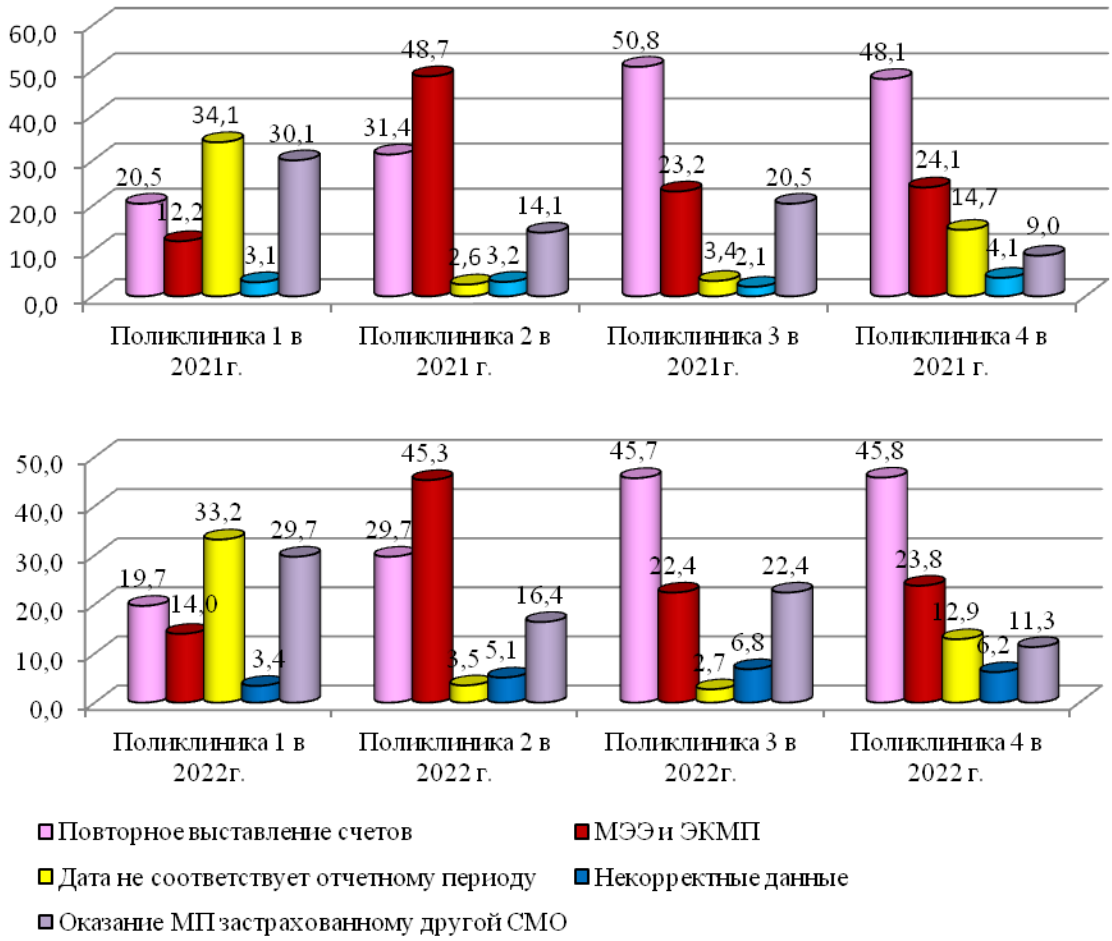

Рисунок 5.6 – Структура прочих причин отказов оплаты случаев оказания медицинской помощи в 2021-2022 годах в базовых поликлиниках (%)

В 2022 году, как и в 2021 году, отмечается разнонаправленная динамика исследуемых показателей: доля дефектов, выявленных при проведении МЭЭ и ЭКМП в поликлинике № 1 показала рост на 14,8%; в поликлиниках № 2, № 3 и № 4 снижение на 1,2%-7,0%.

Изучив показатели деятельности представленных структурных подразделений базовых поликлиник в динамике, после введения дифференцированной системы оплаты труда, было установлено:

- показатель числа посещений на дому в 2022 году на одного врача-терапевта участкового (при сравнении со среднегодовым показателем 2010-2018 гг.) вырос на 24,9%-30,3%;

- показатель выполнения плана диспансеризации отдельных групп взрослого населения показал положительную динамику и превысил средние показатели за период 2010-2018 на 0,2%-2,6%;

- во всех базовых поликлиниках в 2021 году увеличилась доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях на 13,5%-20,6%, а в 2022 году, при сравнении с 2021 годом, на 3,6%-9,9%;

- увеличилась доступность услуг процедурного кабинета: в 2022 году возрос показатель частоты забора крови для исследований (превысил средние показатели за период 2010-2018 гг.) на 10,1%-25,3%; показатель выполнения инъекций вырос на 8,7%-16,8%;

- время ожидания пациентов при проведении заборов крови в процедурном кабинете составило 5-8 минут;

- зафиксировано снижение числа жалоб населения (на 1000 жителей) в 2021 году на 5,7%-42,0%; из них обоснованных на 5,2%-60,0%; в 2022 году снижение числа жалоб населения (на 1000 жителей) на 5,7%-46,0%, из них обоснованных на 7,6%-30,6%;

- уменьшилась доля повторно выставленных счетов к оплате медицинской помощи в поликлиниках в 2021 году на 3,8%-8,5%; в 2022 году на 3,9%-10,0%;

- зарегистрировано снижение отказов в оплате за оказание медицинской помощи из-за нерационального использования ресурсов во всех базах исследования в 2021 году на 2,5%-8,1%; в 2022 году – на 9,5%-12,9%.

5.2. Оценка мнения медицинских работников о системе дифференцированной оплаты труда, удовлетворенности пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи

В 2022 году после введения организационного эксперимента по дифференцированной оплате труда нами проведено повторное анонимное анкетирование сотрудников (врачи и медицинские сестры) базовых

медицинских организаций с целью оценки степени удовлетворенности заработной платой после внесенных в формирование заработной платы изменений. Медицинским работникам был предложена та же анкета, которая использовалась перед началом организационного эксперимента. Число участников анкетирования из поликлиник, как и при проведении первичного анкетирования в 2019 году, определялось в зависимости от доли медицинских работников (физических лиц) каждой поликлиники в совокупном количестве медицинских работников (физических лиц) всех баз исследования и составило: в поликлинике № 1 – 89 чел.; в поликлинике № 2 – 173 чел.; в поликлинике № 3 – 171 чел.; в поликлинике № 4 – 87 человек (всего 511 медицинских работников, в том числе 280 врачей и 231 средних медицинских работников).

Структура опрошенных по стажу работы была представлена следующим образом: до 3-х лет – 1,9% и 12,4%; со стажем 3-5 лет – 3,8% и 6,2%; имеющие стаж более 5 лет – 94,3% врачей и 81,4% медицинских сестер соответственно.

На вопрос анкеты о своевременности получения заработной платы, 99,3% врачей (+ 0,7%) и 98,5% (+ 0,4%) медицинских сестер ответили, что получают заработную плату своевременно, 0,7% врачей (-50%) и 1,5% (-21,0%) медицинских сестер иногда с задержкой.

На вопрос об удовлетворенности уровнем заработной платы ответы респондентов распределились следующим образом: полная удовлетворенность уровнем заработной платы увеличилась у врачей с 12,5% до 42,7% (95%ДИ 37,0-48,4), у медицинских сестер с 13,5% до 59,1% (95%ДИ 52,8-65,4). Скорее удовлетворены уровнем заработной платы 21,3% врачей и 26,4% медицинских сестер; скорее не удовлетворены ее уровнем 21,0% врачей и 8,6% медицинских сестер; сохранили полную неудовлетворенность заработной платой 15,0% (95%ДИ 10,9-19,1) врачей и 5,9% (95%ДИ 2,9-8,9) медицинских сестер.

Точно знают структуру своей заработной платы 78,6% (95%ДИ 73,9-83,4) врачей (+39,8%), информированность медицинских сестер возросла на 31,2% до 73,6% (95%ДИ 68,0-79,1).

Показателем отсутствия информированности медицинских работников о составляющих фонда оплаты труда являлось незнание различий между компенсационными и стимулирующими выплатами. Данные последнего опроса медицинских работников показали, что осведомленность у врачей повысилась до 97,7% (95%ДИ 96,0-99,4), медицинских сестер до 98,3% (95%ДИ 96,7-99,9), показав рост по сравнению с предыдущим опросом на 63,5% среди врачей и на 72,7% у медицинских сестер.

Считают, что их заработная плата полностью соответствует затратам труда при выполнении трудовой функции каждого из них 61,8% врачей (95%ДИ 56,2-67,4) и 76,2% (95%ДИ 70,8-81,6) медицинских сестер (при предыдущем опросе - 14,5% и 19,6% соответственно); затруднились в оценке уровня своих трудозатрат 15,0% (95%ДИ 10,9-19.1) врачей и 9,1% (95%ДИ 5.4-12.8) медицинских сестер (в предыдущем опросе - 24,3% и 22,8% соответственно); считают, что уровень личных трудозатрат превышает уровень заработной платы 23,2% (95%ДИ 18.3-28.1) врачей и 14,7% (95%ДИ 10,2-19,2) медицинских сестер.

На вопрос, известны ли врачам и медицинским сестрам показатели оценки их труда, 56,8% (95%ДИ 51,0-62,6) врачей и 39,0% (95%ДИ 32,8-45,0) медицинских сестер ответили, что в полной мере знакомы с показателями норм времени и нагрузки и формированием заработной платы; считают, что скорее незнакомы с оценочными показателями 11,0% (95%ДИ 7,4-14,6) врачей и 9,5% (95%ДИ 5,8-13,2) медицинских сестер; скорее знакомы с показателями оценки труда 24,2% (95%ДИ 29,2-39,2) опрошенных врачей и 36,4% (95%ДИ 30,2042,6) медицинских сестер . Не знают, по каким показателям происходит оценка результата их труда 8,0% (95%ДИ 4,9-11,1) врачей и 15,1% (95%ДИ 10,5-19,7) медицинских сестер.

На вопрос, в полной ли мере установленные показатели для оценки труда отражают результаты труда, 76,4%(95%ДИ 71.5-81.3) врачей и 68,8%(95%ДИ 62,9-74,7) медицинских сестер уверены, что установленные оценочные показатели труда отражают результаты их труда полностью; 5,4% (95%ДИ 2.8-8,0) врачей и 9,5%(95%ДИ 5,8-13,2) медицинских сестер считают, что применяемые оценочные показатели скорее отражают результаты их труда; выразили неуверенность, что оценочные показатели отражают результаты их труда 11,1% (95%ДИ 7,5-14,7) врачей и 13,5%(95%ДИ 9.1-17,9) медицинских сестер ; 7,1%(95%ДИ 4.1-10,1) врачей и 8,2% (95%ДИ 4,7-11,7) медицинских сестер считают, что установленные оценочные критерии не отражают результаты труда .

На вопрос, зависит ли заработная плата от результата труда, ответы респондентов распределились следующим образом: уверены, что заработная плата в полной мере и «скорее зависит» зависит от результата их труда 81,6%(95%ДИ 77,1-86,1) врачей и 78,1%(95%ДИ 72,8-83,4) медицинских сестер; не зависит или «скорее не зависит» - так считают 18,4%(95%ДИ 13,9-22,9) врачей и 21,9% (95%ДИ 16,6-27,2) медицинских сестер.

Динамика изменения рассмотренных оценок представлена в следующей таблице 5.6.

Таблица 5.6 – Динамика ответов респондентов на вопрос о зависимости заработной платы от показателей, оценивающих их труд в ходе организационного эксперимента (%)

Ответы на вопрос	Опрос 2019 г.		Опрос 2022 г.	
	Врачи	СМП	Врачи	СМП
Зависит в полной мере	11,1	15,4	76,4	68,7
Скорее да, чем нет	18,1	17,3	5,2	9,4
Скорее нет, чем да	26,4	34,6	11,1	13,7
Не зависит	44,4	32,7	7,3	8,2

На вопрос о прозрачности начислений заработной платы 99,2% (95%ДИ 98,1-100)врачей и 98,7% (95%ДИ 97,3-100) медицинских сестер ответили, что не сомневаются в прозрачности начислений заработной платы, так как оно и прозрачно, и понятно.

Результаты опроса свидетельствуют, что справедливость распределения стимулирующих выплат является актуальной и вызывает вопросы, как среди врачей, так и средних медицинских работников. Считают распределение выплат стимулирующего характера справедливым 98,6% (95%ДИ 97,3-99,9) врачей, против 6,9% до проведения организационного эксперимента и 98,3% (95%ДИ 96,7-99,9) медицинских сестер, против 9,7% при первоначальном опросе.

Заключительный вопрос анкеты для медицинских работников касался вопросов премирования, их регулярности, зависимости от результатов труда работника. Респонденты отметили, что регулярно получают премиальные выплаты, среди них 89,4% (95%ДИ 85,8-93,0) врачей и 92,2% (95%ДИ 88,8-95,6) медицинских сестер. Вместе с тем, не регулярно получают премиальные выплаты 10,6% (95%ДИ 7,0-14,2) врачей и 7,8% (95%ДИ 4.4-11,2) медицинских сестер. Считают, что выплата премии зависит от результата их труда 95,9% (95%ДИ 93,6-98,2) врачей и 96,1% (95%ДИ 93,6-98,6) медицинских сестер. Не увидели связи факта начисления и выплаты премии с результатом своего труда 4,1% (95%ДИ 1,8-6,4) врачей и 3,9% (95%ДИ 1,4-6,4) медицинских сестер.

В ходе повторного социологического исследования среди медицинских работников изучаемых поликлиник, не было выявлено достоверно значимых различий в ответах на вопросы предложенной анкеты.

В ходе проведенного исследования достоверно установлено, что в исследуемых медицинских организациях после введения системы оплаты труда, основанной на дифференцированном подходе, повысилась удовлетворенность медицинских работников критериями начисления ежемесячной заработной платы. Определение трудовой нагрузки врачей и

медицинских сестер, основанной на хронометражных исследованиях трудовых процессов и затрат рабочего времени на выполнение разных работ, и затем установление норм нагрузки, в целом делает требования к объемам выполняемых работ прозрачными, обоснованными и понятными для персонала медицинских организаций. Как врачи, так и медицинские сестры медицинских организаций, оказывающих ПМСП, и ответившие на вопросы, знакомы со структурой своей заработной платы, знакомы с показателями оценки результата своего труда, большая часть опрошенных уверены, что заработная плата начисляется понятно и прозрачно. Следовательно, разработанные и внедренные нами принципы дифференцированного подхода к формированию заработной платы каждого врача и медицинской сестры, объективность и прозрачность при начислении стимулирующих и премиальных выплат, ожидаемо будут определяющими в мотивации работника на конечный результат - повышение результативности труда, качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности пациентов доступностью и условиями оказания медицинской помощи.

Нормы времени, нагрузки и численности необходимо периодически пересматривать при изменении условий труда, появлении новых нормативных документов, вести широкую разъяснительную работу в трудовых коллективах.

В 2022 году нами проведено повторное анонимное анкетирование пациентов в базовых медицинских организациях, расположенных в разных районах Санкт-Петербурга, с целью оценки наличия изменений организации медицинской помощи после введения организационного эксперимента по дифференцированной оплате труда. Пациентам, получающим первичную медико-санитарную помощь, повторно был предложен опросный лист, на вопросы которого нами уже были получены ответы пациентов до внедрения организационного эксперимента.

В опросе участвовали 803 пациента из четырех базовых поликлиник. Число участников опроса из каждой базы исследования также, как и при первоначальном анкетировании в 2019 году, определялось с учетом удельного

веса численности обслуживаемого населения поликлиники в общей численности населения всех четырех медицинских организаций и составило: 174 чел. из поликлиники № 1, 336 чел. из поликлиники № 2, 190 чел. из поликлиники № 3, 103 чел. из поликлиники № 4), всего 803 человека. Опросный лист содержал 17 вопросов, как общего характера, так и непосредственно касающихся деятельности медицинской организации. Возрастно-половая структура опрошенных пациентов существенно не отличалась от данных опроса, проведенного первоначально. Среди опрошенных по-прежнему преобладали женщины (562 пациентки или 70,0%).

Отвечая на вопрос «Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?», 75,5% (95%ДИ 72,6-78,4) опрошенных ответили утвердительно; отрицательный ответ получен в 24,5% (95%ДИ 21,6-27,4). Проанализированы ответы пациентов о предпочтительных способах записи на прием к врачу. Предпочитают записываться на прием по телефону 6,8% (95%ДИ 5,1-8,5) респондентов; личное обращение в регистратуру медицинской организации выбирали 6,5% (95%ДИ 5,2-8,3); интернетом воспользовались 82,3% (95%ДИ 79,7-84,9) пациентов; 4,4% (95%ДИ 3,0-5,8) сказали, что на прием к нужному врачу были записаны лечащим врачом.

На вопрос: «Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением плановой медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?», ответы распределились следующим образом: получить плановую медицинскую помощь в день обращения смогли 258 обратившихся (32,1%; 95%ДИ 28,9-35,3); ожидали получение плановой медицинской помощи от 1 до 7 дней 58,8% (95%ДИ 55,4-62,2) обратившихся ; вместе с тем, значительно снизилось число пациентов, ожидавших приема врача 7-14 дней; более 14 дней со дня обращения медицинскую помощь не ждал никто.

На вопрос «Если Вам приходилось вызывать участкового врача на дом, то получили ли Вы необходимую помощь и консультацию в день вызова

врача?», ответы пациентов распределились следующим образом: в день обращения медицинская помощь была оказана 85,4% (95%ДИ 83,0-87,8) обратившихся; 5,6% (45 пациентов) (95%ДИ 4,1-7,1) отметили, что врач выполнил квартирный вызов на следующий день; число пациентов, которым пришлось самостоятельно обращаться в медицинскую организацию (так ответили 8 человек), составило 1,0%(95%ДИ 0,4-1,6); не возникало необходимости в вызове врача на дом у 8,0%(95%ДИ 6,2-9,8) пациентов.

Одним из важных аспектов комфортного пребывания в медицинской организации при получении плановой медицинской помощи является время ожидания приема у кабинета врача. Среди опрошенных 25,0%(95%ДИ 22,-28,0) отметили, что ожидать приема врача практически не пришлось; около 5 минут ожидали приема 23,6%(95%ДИ 20,7-26,5) пациентов; 17,9% (95%ДИ 15,3-20,2)пациентов ожидали приема около 10 минут; число пациентов, ожидавших приема врача около 15 минут, составило 186 опрошенных (23,2%; 95%ДИ 20,3-26,1). Количество пациентов, ожидавших приема перед кабинетом врача около получаса, снизилось до 7,7% (95%ДИ 5,9-9,5); почти час – до 0,5%, более часа – до 0,5%. Доля пациентов, затруднившихся ответить на данный вопрос, составила 1,6% (95%ДИ 0,8-2,4).

Таблица 5.7 – Оценка пациентами доступности записи на инструментальные и лабораторные обследования (n=803)

Испытывали ли Вы трудности при записи на обследования (УЗД. ЭКГ, Эндоскопические исследования и др.)?							
Постоянно (абс.ч., %)	95%ДИ	Иногда (абс.ч, %	95%ДИ	Никогда абс.ч.,%	95%ДИ	Затрудняюсь ответить абс.ч.,%	95%ДИ
501/62,4	59,1-65,7	193/24,0	21,1-26,9	58/7,2	5,5-8,9	51/6,4	4,8-8,0
Испытывали ли Вы трудности при записи на лабораторные исследования							
91/11,3	88,9-93,1	219/27,3	24,3-30,3	489/60,9	57,6-64,2	4/0,5	0,4-0,6

Пациенты при повторном опросе отметили увеличение доступности записи на инструментальные и лабораторные обследования (Таблица 5.7).

Пациенты в ответах отметили, что в поликлиниках вырос как уровень комфорта пребывания, так и организация медицинской помощи (Таблица 5.8).

Таблица 5.8 – Оценка удовлетворенности пациентами условиями ожидания приема и организацией медицинской помощи (n=803).

Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)							
Полностью удовлетворен (абс.ч., %)	95%ДИ	Частично удовлетворен (абс.ч, %	95%ДИ	Скорее не удовлетворен абс.ч.,%	95%ДИ	Полностью не удовлетворен абс.ч.,%	95%ДИ
483/60,1	56,8-63,4	193/24,0	21,1-26,9	88/11,0	8,9-13,1	39/4,9	3,5-6,3
Удовлетворены ли Вы организацией оказания медицинской помощи							
438/54,5	51,1-57,8	241/30,0	26,9-33,1	97/12,1	9,9-14,3	27/3,4	2,2-4,6

На вопрос о том, поступали ли Вам от работников поликлиники активные предложения воспользоваться платными услугами, 3,1% (95%ДИ 1,9-4,3) опрошенных пациентов (3 человека) ответили, что постоянно получали такие предложения; иногда такие предложения поступали к 9,7% (95%ДИ 5,7-11,7) респондентов ; 83,7% (95%ДИ 81,2-86,2) пациентов никогда не получали активных предложений воспользоваться платными услугами; затруднились ответить 3,5%(95%ДИ 2,3-4,7) опрошенных пациентов.

На вопрос «Приходилось ли Вам финансово или иным образом стимулировать персонал поликлиники для улучшения качества работы?», ответы показали, что 0,4% респондентов тем или иным образом стимулировали персонал медицинской организации; ответ «иногда» прозвучал у 14,1% (95%ДИ 11,7-16,5) пациентов; никогда не прибегали ни к каким видам стимулирования медицинских работников для улучшения качества работы 81,2%(95%ДИ78,5-83,9) опрошенных; затруднились ответить на вопрос 4,4% (95%ДИ 3,0-5,8)респондентов.

Среди опрошенных пациентов 31,6%(95%ДИ 28,4-34,8) подтвердили, что медицинские работники поликлиники постоянно проводили с ними беседы профилактического характера; иногда такие беседы проводили с 54,8% (95%ДИ 51,4-58.2) опрошенных пациентов; как следует из ответов респондентов, с 9,6%(95%ДИ 7,6-11,6) из них беседы такого рода не проводились никогда; затруднились ответить 4,0% (95%ДИ 2,7-5,3) опрошенных.

Одним из важных аспектов во взаимоотношениях врачебного и сестринского персонала и пациентов является взаимопонимание, доверие, заинтересованность в результатах лечения и т.д. (Таблица 5.9).

Таблица 5.9 – Характеристика взаимоотношений врачебно-сестринского персонала и пациентов поликлиник (n=803)

Крайне плохо (абс.ч., %)	95%ДИ	Плохо (абс.ч, %)	95%ДИ	Удовлетворительно (абс.ч., %	95%ДИ	Хорошо (абс.ч., %)	95%ДИ	Отлично (абс.ч., %)	95%ДИ
Оценка вежливости и внимания врача, отношения к Вашей проблеме со здоровьем									
14/1,7	0,9-2,5	97/12,1	9,0-14,3	252/31,4	28,2-34,6	259/32,3	35,5-29,1	181/22,5	19,7-25,3
Оценка вежливости и внимания медицинской сестры.									
29/3,6	2,4-4,8	88/11,0	8,9-13,1	192/23,9	21,0-26,8	362/45,1	41,7-48,5	132/16,4	13,9-18,9
Оценка объема информирования и доходчивости разъяснений, рекомендаций									
0,0	0,0	32/4,0	2,7-5,3	116/14,4	12,0-16,8	330/41,1	37.7-44,5	325/40,5	37,1-43,9
Оценка уровня доверия к врачебному персоналу									
4/0,5	0.4-0.6	14/1,7	0,9-2,5	239/29,8	26,7-32.9	388/48,3	44,9-48.7	158/19,7	17,0-22,4

Респонденты, отвечая на поставленные вопросы, отметили, что в поликлиниках выросли оценки «хорошо» и «отлично» при характеристике врачебного и сестринского персонала, вырос уровень доверия к персоналу, врач уделяет время беседе с пациентом (Таблица 5.9).

Оценка заинтересованности медицинского персонала в результатах лечения пациента также возросла: только 11,1% (95%ДИ 8,9-13,1) опрошенных пациентов полагают, что медицинский персонал равнодушен к результатам.

Считают, что медицинские работники «в целом» заинтересованы в результатах 19,8% (95%ДИ 17,1-22,5); «Всегда стремятся достигнуть положительного результата» - так внимание и заинтересованность к проблемам со здоровьем оценили 32,1% (95%ДИ 28,9-35,3) респондентов. Респондентов попросили ответить на вопрос: «Изменилось ли качество обслуживания пациентов в поликлинике и в какую сторону». Предложено оценить наличие изменений в отношении медицинского персонала к пациенту, в организации медицинской помощи, в условиях пребывания в медицинской организации (Таблица 5.10).

Таблица 5.10 – Оценка изменений в обслуживании пациентов, в организации оказания медицинской помощи и условиях пребывания в медицинской организации (n=803).

Положительные изменения (абс.ч., %)	95%ДИ	Отрицательные изменения (абс.ч, %)	95%ДИ	Отсутствие изменений (абс.ч., %	95%ДИ	Затрудняюсь ответить (абс.ч., %)	95%ДИ
Изменения в отношении к пациенту							
582/72,5	69,5-75,5	9/1,1	0,4-1,8	175/21,8	19.0-24,6	37/4,6	3,2-6,0
Изменения в организации оказания медицинской помощи							
427/53,2	49,8-56,6	7/0,9	0,4-1,3	304/37,8	34,5-41,1	65/8,1	6,3-9,9
Изменения в условиях пребывания в поликлинике							
271/33,7	30,5-36,9	17/2,1	1,2-3,0	503/62,7	59,4-66,0	12/1,5	0,7-2,3

На вопрос о доступности обращения к администрации учреждения при возникновении проблем с оказанием медицинской помощи (наличие графика приема по личным вопросам у руководителя учреждения и его заместителей, а также в течение дня), 33,3%(95%ДИ 31,1-36,5) опрошенных пациентов знают, что администрация медицинской организации постоянно доступна для

общения; иногда доступна – ответили 35,3%(95%ДИ 32,0-38,6); 5,2%(3,7-6,7) респондентов ответили, что никогда нельзя обратиться к администрации. У 26,2% (95%ДИ 23,2-29,2) опрошенных не возникало необходимости в обращении к администрации поликлиники.

Среди опрошенных пациентов 72,5% (95%ДИ 69,75,5) увидели положительные изменения в отношении к пациенту; 53,2% (95%ДИ 49,8-56,6) отметили наличие положительных изменений в организации оказания медицинской помощи; не изменились условия пребывания в медицинской организации для 62,6% (95%ДИ 59,3-65,9) опрошенных (Таблица 5.9).

На вопрос: «Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?», положительно ответили 72,6% (95%ДИ 75,6-69,6) респондентов; не стали бы этого делать 12,2% (95%ДИ 10,0-14,4); затруднились ответить 15,2% (95%ДИ 12,8-17,6).

Анализ проведенного повторного социологического исследования показал, что, по мнению граждан, получающих ПМСП в базовых поликлиниках, вне зависимости от поликлиники, в которой пациенты получают ПМСП, отмечена значительная положительная динамика как в организации лечебно-диагностического процесса, доступности медицинской помощи, так и в отношении медицинских работников к проблемам и нуждам пациентов.

Разработанные в ходе организационного эксперимента критерии оценки деятельности в рамках системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников по конечным результатам работы повышают экономическую заинтересованность у персонала в качественном исполнении своих обязанностей; дифференцированный подход при начислении стимулирующих выплат и формирования заработной платы в целом явился важнейшим инструментом управления трудовыми ресурсами, дающим возможность решения актуальных управленческих задач, в том числе стимулирование работников на исполнение трудовой функции интенсивно, ликвидируя непроизводственные потери в течение рабочего дня; определение трудовой нагрузки врачей и медицинских сестер, основанной на

хронометражном исследовании трудовых процессов и затрат рабочего времени на выполнение разных работ, в целом делает требования к объемам выполняемых работ прозрачными, обоснованными и понятными для персонала медицинских организаций; в целом положительная оценка пациентами изменений как в ходе организации оказания медицинской помощи, и в большей доступности диагностических исследований, так и в отношении врачебно-сестринского персонала, уменьшение количества обращений граждан и жалоб, подтверждают положительное влияние разработанной системы оплаты труда, основанной на дифференцированном подходе в базовых медицинских организациях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПМСП признана Всемирной организацией здравоохранения наиболее важным элементом национальных систем здравоохранения, влияющим на здоровье населения. От ее развития во многом зависит результативность всей системы охраны здоровья и капиталовложений в этом направлении. В этой связи, поиск направлений повышения эффективности функционирования медицинских организаций, оказывающих населению ПМСП, является чрезвычайно важной и актуальной задачей. Одно из таких направлений нами было заложено в основу проведения настоящего исследования – применения экономических методов управления в целях повышения доступности, качества и результативности медицинской помощи на уровне ПМСП через механизмы материального стимулирования труда медицинских работников. Последние предполагают создание системы оплаты труда, ориентирующей медицинских работников на достижение высоких конечных результатов их труда. Такая система предполагает дифференциацию в уровнях оплаты их труда на основе научно обоснованных и объективных критериев и показателей, доступных и понятных медицинским работникам.

В последние годы на всех уровнях государственной власти предпринимаются меры для повышения престижа медицинских профессий и мотивации медицинских работников к эффективному и качественному труду. Одним из способов достижения данной цели стало изменение системы оплаты труда, основанной на дифференцированном подходе с последующим введением эффективного контракта в государственных организациях.

Изучая нормативные документы об эффективном контракте, как отдельном трудовом договоре с конкретным работником, принципы и условия оплаты труда, заложенные в нем, а также ряд рекомендованных нормативными документами критериев эффективности деятельности каждого работника для определения ему стимулирующих выплат по результатам труда и мер социальной поддержки, мы выявили отсутствие конкретных

рекомендаций по этим показателям и критериям, что убедило нас в необходимости разработки таковых.

Настоящее исследование выполнялось в период с 2010 по 2022 годы в г. Санкт-Петербурге, результаты внедрения разработанной системы заработной платы посредством введения дифференцированного подхода при начислении выплат стимулирующего характера в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению, анализировались за 2022 г.

Комплексное исследование выполнялось поэтапно и носило многоступенчатый характер с применением сплошного и выборочного методов исследования.

В ходе исследования, на этапе, предшествующем внедрению разработанной системы оплаты труда, проанализированы показатели деятельности поликлиник, структура заработной платы медицинских работников, знание сотрудников о принципах ее формирования и мнение пациентов о проблемах, возникающих при обращении за медицинской помощью в поликлинику.

До введения системы оплаты труда, основанной на дифференцированном подходе, в учреждениях, входящих в исследование, в год на одного врача-терапевта участкового приходилось от 1424,71 до 1438,90 посещений пациентов на дому, от 3855,91 до 4337,81 амбулаторных посещений, от 10,3% до 11,4% посещения носили профилактический характер. На одного пациента соответственно от 0,42 до 0,53 посещений на дому, от 1,15 до 1,51 амбулаторных посещений, от 10,1% до 11,6% с профилактической целью.

Для своевременного оказания медицинской помощи лицам со злокачественными новообразованиями одним из приоритетных направлений деятельности врачей является выявление онкологической патологии на ранних стадиях. В среднем за период исследования, предшествовавший внедрению изменений в оплате труда, доля диагностированных

злокачественных новообразований на ранних стадиях варьировала от 42,8% до 49,2%.

Анализируя количество обращений граждан, выяснилось, что до введения организационного эксперимента показатель на 1000 населения колебался от 5,2 до 6,1. От 91,0% до 96,0% обращений носили характер жалоб, более половины из которых были признаны обоснованными (53,4%-57,9%).

Изучение отказов страховых медицинских организаций в оплате выставленных счетов за медицинскую помощь показало, что в среднем уровень данных отказов составлял от 7,6% до 8,2%. В структуре причин отказов во всех базах исследования на первом месте стояло нерациональное использование ресурсов. Вторая группа причин включала в себя: повторное выставление счета за уже оплаченную медицинскую помощь; дефекты, выявленные в ходе МЭЭ и ЭКМП; дата оказания медицинской помощи не соответствует отчетному периоду; некорректные данные о пациенте; оказание медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией (7,7%-37,7%). На последнем месте были дефекты оформления медицинской документации (0,9%-2,0%).

В структуре финансовых расходов исследуемых поликлиник на оплату труда сотрудников приходилось от 60,1% до 84,0%.

В период проведения исследования заработная плата медицинских работников в поликлиниках складывалась из должностного оклада, компенсационных, премиальных, а с 2015 года еще и стимулирующих выплат. До начала проведения организационного эксперимента в структуре заработной платы врачебного персонала стимулирующие и премиальные выплаты составляли от 35% до 45,0%, у медицинских сестер от 17,0% до 33,0%. практически половину и больше (47,0-58,0%) занимал должностной оклад.

Согласно локальным нормативным актам базовых поликлиник, распределение фонда экономии заработной платы производилось, исходя из балльного показателя оценки работы конкретного сотрудника. Для

определения общего числа баллов применялись коэффициенты, которые в исследуемых поликлиниках носили обобщенный характер. В исследовании они были сгруппированы на «объективные» (1 группа) - коэффициент по должности; коэффициент квалификации; коэффициент рабочего времени; коэффициент удержания; коэффициент занятости; коэффициент совместительства; коэффициент замещения вышестоящей должности; и «субъективные» (2 группа) - коэффициент исполнения плановых заданий; коэффициент эффективности труда.

Проведенное социологическое исследование показало, что большинство врачей и медицинских сестер (61,2% и 57,6% соответственно) не ознакомлены со структурой своей заработной платы, не удовлетворены ее уровнем, не информированы о показателях оценки результата своего труда, а также считают, что уровень заработной платы не покрывает личные трудозатраты, и ее начисление не является понятным и прозрачным. Высокий уровень неудовлетворенности среди медицинских работников вызывал коэффициент эффективности труда (у 68,4% врачей и 72,6% медсестер), который, по их мнению, являлся субъективным и зависел от личного отношения руководителя к сотруднику.

Анкетирование пациентов показало низкий уровень их удовлетворенности организацией медицинской помощи в поликлиниках. Респонденты указали на следующие негативные факторы: длительное ожидание у кабинета врача при плановом приеме (49,9%); проблема записи на инструментальные обследования (71,5%) и лабораторные исследования (80,3%); трудности записи на прием к врачу (60,8%); неудовлетворительные условия пребывания в поликлинике (недостаточное количество свободных посадочных мест, отсутствие питьевой воды) (46,5%); активное предложение платных услуг (21,9%); невежливость и недостаточная внимательность врачей (32,1%) и медсестер (41,2%); равнодушие медицинских работников к результатам лечения пациентов (40,6%). Никогда не рекомендовали бы свою поликлинику друзьям и родственникам 81,1% участников опроса.

Таким образом, до начала организационного эксперимента был выявлен ряд проблем в системе оплаты труда медицинских работников, в части начисления дополнительных выплат стимулирующего характера на фоне высокого уровня неудовлетворенности пациентов доступностью ПМСП. Данные проблемы носили системный характер во всех исследуемых поликлиниках.

Для разработки новой системы материального стимулирования медицинских работников, основанной на дифференциации в оценках и оплате их труда, нами был сохранен общепринятый термин «стимулирующие выплаты», как вид ежемесячных доплат к должностному окладу каждому работнику за выполнение объемных показателей сверх норматива, а также премиальные выплаты. Стимулирующие выплаты включают в себя доплаты к должностному окладу за выполнение показателей и оценочных критериев деятельности, в том числе по дополнительным (приоритетным) направлениям. Однако, контекст данных выплат нами был изменен путем научного обоснования, разработки и внедрения новых критериев и показателей оценки труда каждого медицинского работника поликлиники, использование которых должно было привести к повышению доступности, удовлетворённости пациентов организацией и условиями оказанной медицинской помощью.

Соответственно, были разработаны критериальные оценки труда сотрудников и определены понижающие критерии и коэффициенты; технологические карты выполнения работ на различных видах оборудования в структурных подразделениях; хронометражные карты выполнения работ с использованием различных видов оборудования и без него в структурных подразделениях; определены количественные характеристики хронометражных замеров временных затрат на каждую манипуляцию, исследование, процедуру, выполненную медицинскими работниками с разным опытом работы и квалификацией; разработаны таблицы по учету ежедневной нагрузки каждого сотрудника и формы трудовых паспортов для определения размеров стимулирующих выплат.

В результате этих преобразований в деятельности поликлиник – баз исследования – по итогам проведенного трехлетнего организационного эксперимента были получены следующие результаты:

- увеличился показатель числа посещений врача-терапевта участкового на дому на 1 жителя от 69,1% до 146,5%;

- увеличился показатель числа посещений на дому на 1 врача-терапевта участкового от 25,4% до 34,7%;

- отмечен рост показателя числа амбулаторных посещений врача-терапевта участкового на 1 жителя от 60,9% до 136,7%;

- увеличился показатель числа амбулаторных посещений на 1 врача-терапевта участкового от 21,6% до 29,3%;

- установлен рост доли посещений с профилактической целью на 1 жителя от 19,5% до 28,8%; доля посещений с профилактической целью на амбулаторном приеме на одного врача увеличилась от 22,1% до 28,8%;

- увеличился удельный вес своевременно (на ранних стадиях) диагностированных злокачественных новообразований от 13,5% до 20,6%;

- количество обращений граждан в виде жалоб снизилось на 5,7%-42,0%, из них число обоснованных на 5,2%-60,0%;

- снизился процент отказов в оплате выставленных счетов из-за нерационального использования ресурсов от 2,5% до 8,1%.

Данные анализа, проведенного после внедрения изменений в системе оплаты труда, анонимного анкетирования медицинских работников базовых поликлиник подтвердило наличие положительных изменений от внедрения дифференцированных подходов к оплате труда: по сравнению с анкетным опросом на момент начала эксперимента в 2 раза больше врачей и в 1,7 раза медицинских сестер указали на понимание структуры своей заработной платы; 4 раза больше врачей (61,8%) и 3,8 раза медицинских сестер (76,2%) отметили соответствие заработной платы затратам их труда; доля врачей и медицинских сестер, которым полностью понятны показатели и критерии оценки их деятельности, выросла почти в 7 раз; доля медицинских работников,

уверенных, что установленные показатели отражают результаты их труда в полной мере возросла в 3,6-5,4 раза; практически весь врачебный и сестринский персонал посчитал распределение выплат стимулирующего характера справедливым.

После внедрения системы оплаты труда, основанной на дифференцированном подходе, достоверно установлено, что в медицинских организациях, включенных в исследование, повысилась удовлетворенность сотрудников конечными результатами труда – ежемесячной заработной платой.

Пациенты, в ходе повторного анкетирования, отметили положительную динамику при оценке таких аспектов, как: уменьшение времени ожидания планового приема врача; повышение доступности инструментальных и лабораторных исследований; улучшение условий ожидания приема в поликлинике; снижение предложений воспользоваться платными услугами; вежливость, участие, внимание со стороны медицинских работников поликлиник; рост уровня доверия к врачу. Пациенты в 85,2% случаев рекомендовали бы свою поликлинику друзьям и родственникам (18,9% до внедрения разработанной системы).

Таким образом, разработанная система оплаты труда, основанная на дифференцированном подходе при начислении выплат стимулирующего характера. показала свою результативность и применимость на практике в качестве одного из экономических методов управления медицинским персоналом современной медицинской организации, оказывающей ПМСП населению.

ВЫВОДЫ

1. Сравнительный анализ существующих систем оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению, выявил отсутствие единой методологии материального стимулирования труда медицинских работников, что обусловлено применением малоинформативных критериев оценки деятельности, носящих субъективный характер в части выплат стимулирующего характера, а также необоснованными нормами нагрузки, времени, и численности медицинского персонала. Это не позволяет в полной мере реализовывать стимулирующую функцию заработной платы, ориентирующую медицинских работников на достижение ими оптимальных конечных результатов деятельности.

2. Изучение мнения медицинских работников о действующей системы оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих ПСМП, позволило выявить недостаточность информативных критериев для объективной оценки их деятельности: до проведения организационного эксперимента 61,8% (ДИ 95% 56,4-76,2) врачей и 58,4% (ДИ 95% 52,3-64.5) средних медицинских работников поликлиник указали на отсутствие адекватных норм времени и нагрузки; 79,4% (ДИ 95% 76,1-82,7) всех респондентов указали на субъективный характер начисления стимулирующих выплат; 61,2% (ДИ 95% 55,8-66,6) врачей и 57,6% (ДИ 95% 51,5-63,7) средних медработников не владели информацией о структуре заработной платы и формировании ее компенсационной и стимулирующих частей.

3. Изучение удовлетворенности пациентов организацией, доступностью и условиями оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих ПСМП взрослому населению, до проведения организационного эксперимента выявило, что не удовлетворены организацией медицинской помощи в разной степени 73,7% (ДИ 95% 70,8-76,6) респондентов, не смогли записаться на прием к врачу при первом обращении 60,8% (ДИ 95% 57,6-64,0),

не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи 46,5% (ДИ 95% 43,2-49,8) анкетируемых.

4. Разработанная система дифференцированной оплаты труда медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих ПМСП населению включала: формирование и обоснование норм нагрузки, времени, и численности медицинского персонала, в том числе на основании хронометражных исследований; определение приоритетных направлений деятельности отделений и медицинских работников и размеров фиксированных выплат по каждому направлению; формирование и утверждение оценочных критериев по 77 должностям.

5. Внедрение дифференцированной системы оплаты труда привело к увеличению показателя обеспеченности населения врачами-терапевтами участковыми с 3,1 до 5,5 на 10 000 населения; показателя укомплектованности штатных должностей физическими лицами врачей - с 66,5% до 92,0%, средних медицинских работников с 60,5% до 79,9%; функции врачебной должности врачей-терапевтов участковых с 5480,97 до 6984,75 посещений (на 27,4%), доли посещений с профилактической целью на 26,4%; доли случаев раннего выявления злокачественных новообразований с 46,6% до 58,3%; снижению обоснованных обращений граждан в виде жалоб с 5,6 до 2,3 на 1000 населения; повышению удовлетворенности пациентов доступностью, организацией и условиями оказания медицинской помощи на 33,2%, при этом число медицинских работников, считающих систему дифференцированной оплаты труда объективной, справедливой и связанной с конечными результатами, увеличилось в четыре раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации рекомендуется:

- использовать разработанные методические подходы к формированию системы дифференцированной оплаты труда, основанной на материальном стимулировании оптимальных конечных результатов деятельности, для создания систем оплаты в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с учетом региональных особенностей.

2. Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, рекомендуется:

- проводить локальные нормативно-исследовательские работы по созданию норм по труду, учитывающих численность и состав населения, уровень и структуру его заболеваемости;

- разработать систему информирования медицинских работников о способах формирования их заработной платы, критериях и показателях, влияющих на уровни материального стимулирования;

- внедрять системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, основанные на материальном стимулировании оптимальных конечных результатов деятельности, новые организационные и медицинские технологии, локальные организационно-технические условия для повышения результативности профессиональной деятельности медицинских работников.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Дальнейшие исследования в области разработки современных подходов к материальному стимулирования труда медицинских работников представляются перспективными в части изучения факторов материального стимулирования труда медицинских работников и разработки чувствительных индикаторов мотивации к достижению оптимальных конечных результатов деятельности; обоснования федерального и регионального методического обеспечения внедрения стимулирующих систем оплаты труда медицинских работников в условиях реализации «эффективного контракта»; разработки способов интеграции систем оплаты труда медицинских работников в системы управления деятельностью медицинских организаций.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД – артериальное давление

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГБУЗ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Д» наблюдение – диспансерное наблюдение

ДИ – доверительные интервалы

ЕТС – единая тарифная сетка

КЗ СПб – Комитет по здравоохранению Санкт- Петербурга

МИС КПС – медицинская информационная система «Комплекс программных средств»

МО – медицинская организация

М/с – медицинская сестра

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза

НДФЛ - налог на доходы физических лиц

НСОТ - новая система оплаты труда

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СОП - стандартная операционная процедура

ТК РФ – Трудовой кодекс Российской Федерации

УЕТ – условная единица труда

УЗД – ультразвуковая диагностика

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФЛГ-исследование – флюорографическое исследование

ФОТ - фонд оплаты труда

ЭВМ – электронная вычислительная машина

ЭВН – экспертиза временной нетрудоспособности

ЭКГ-исследование – электрокардиографическое исследование

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акишкин, В.Г. Теоретико-концептуальные основы повышения эффективности регулирования трудовых отношений в медицинских организациях / В.Г. Акишкин, В.В. Зверев, Р.А. Набиев // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2018. – № 1. – С. 18-27.

2. Афонин, Ю.А. Проблемы мотивации медицинского персонала / Ю.А. Афонин, Р.Р. Сагдеев // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2012. – № 7 (93). – С. 10-14.

3. Баринова, В.А. Возможность применения опыта составления стимулирующих трудовых контрактов коммерческих организаций в бюджетном секторе и на государственной службе в России / В.А. Баринова, В.А. Еремкин, В.А. Ланьшина // Российское предпринимательство. – 2016. – Т. 17. – № 3. – С. 305-314.

4. Бедорева, И.Ю. Основные пути решения проблем кадровой политики в концепции устойчивого развития медицинской организации [Электронный ресурс] / И.Ю. Бедорева, Л.С. Шалыгина, Р.А. Казаков и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – Режим доступа: https://science-education.ru/ru/article/view?id=25492 (Дата обращения 28.06.2020).

5. Белостоцкий, А.В. Актуальные вопросы развития кадрового потенциала в здравоохранении / А.В. Белостоцкий, О.В. Гриднев, Н.К. Гришина, Е.А. Значкова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2016. – № 4. – С. 230-235.

6. Березин, М.А. Ретроспектива и перспектива модернизации систем оплаты труда в бюджетной сфере / М.А. Березин, В.А. Крауш // Вестник ТвГУ. Серия «Экономика и управление». – 2018. – № 1. – С. 111-119.

7. Бессмертнова, Ю.В. Стимулирующая система оплаты труда в рамках введения эффективного контракта медицинских работников / Ю.В. Бессмертнова // Вестник Международного института рынка. – 2021. – № 2. – С. 28-32.

8. Бойков, А.А. Совершенствование системы премирования – важный элемент перехода на «эффективный контракт» / А.А. Бойков, И.Р. Николаева // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 10. – С. 60-64.

9. Болотова, Т.Ю. Переход к «эффективному контракту» как ведущая задача модернизации отраслевой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения / Т.Ю. Болотова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 8. – С. 52-57.

10. Борисова, Е.А. Новые эффективные подходы в оплате труда медицинских работников / Е.А. Борисова, Н.В. Савина, И.П. Луцкан, Л.Ф. Тимофеев // Вестник РУДН, серия «Медицина». – 2015. – № 1 – С. 12-21.

11. Бурдастова, Ю.В. Проблемы и перспективы управления кадровыми ресурсами / Ю.В. Бурдастова // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4. – № 3. – С. 50-58.

12. Бурдастова, Ю.В. Проблемы развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения / Ю.В. Бурдастова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28 (спецвыпуск). – С. 1162-1167.

13. Буянова, А.В. Место стимулирующих выплат в системе оплаты труда работников бюджетной сферы / А.В. Буянова // Проблемы экономики и юридической практики. – 2018. – № 6. – С. 162-165.

14. Варданян, Н.Б. Проблемы оценки качества кадрового потенциала медицинской организации / Н.Б. Варданян, Т.Ю. Быковская, И.В. Дударев и др. // Медицинский вестник Юга России. – 2017. – № 3. – С. 68-71.

15. Вишняков, А.И. Психологические особенности трудовой мотивации и ее взаимосвязь с ценностными ориентациями сотрудников

медицинских учреждений / А.И. Вишняков // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5. – № 3 (16). – С. 245-248.

16. Власова, О.В. Заработная плата как фактор мотивации медицинского персонала в системе повышения качества медицинских услуг / О.В. Власова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – № 1(30). – С. 118-121.

17. Волкова, О.А. Управление кадровым потенциалом медицинских организаций / О.А. Волкова, Е.В. Смирнова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – № 11-12. – С. 10-16.

18. Габуева, Л.А. Актуальные вопросы совершенствования оплаты труда медицинских работников в условиях эффективных контрактов / Л.А. Габуева // Здравоохранение. – 2015. – № 5. – С. 104-111.

19. Габуева, Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций. Эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л.А Габуева, Э.В. Зимина – М.: Проспект, 2015. – 295 с.

20. Гаврилов, Э.Л. Оплата труда медицинских работников как метод управления персоналом в системе здравоохранения / Э.Л. Гаврилов, Н.О. Аслибекян, Е.А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2017. – Т. 12. – № 1. – С. 73-78.

21. Галиуллин, Х.Я. Понятие эффективности труда / Х.Я. Галиуллин, Г.П. Ермаков, М.В. Симонова // Экономика труда. – 2017. – № 3. – С. 183-196.

22. Гейц, В.И. Нормирование труда и регламентация рабочего времени: учебник / В.И. Гейц – 4-е изд. – Москва: Дело и Сервис, 2018. – 375 с.

23. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. [Электронный ресурс] / Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. – 64 с. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/handle/10665/253394. (Дата обращения 29.11.2020)

24. Головин, С. В. Совершенствование нормативно-правовой базы региональной системы оплаты труда в сфере здравоохранения и пути развития

/ С.В. Головин, А.В. Чуриков, Е.В. Красникова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2022. – № 2. – С. 29-44.

25. Гудков, А.О. Ретроспективный анализ изменения систем оплаты труда в здравоохранении в современной России / А.О. Гудков // Экономика и предпринимательство. – 2017. – № 11 (88). – С. 1056-1062.

26. Дерябина, Е.В. Комплексный подход к решению проблем нормирования труда в государственных и муниципальных учреждениях Томской области / Е.В. Дерябина, Т.Ю. Богданова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Экономика и менеджмент». – 2018. – Т. 12 – № 1. – С. 51–57.

27. Дерябина, Е.В. Разработка локальных нормативных документов по труду в государственном учреждении здравоохранения / Е.В. Дерябина // Справочник экономиста. – 2017. – № 9. – С. 120-122.

28. Диденко, А.В. Особенности построения системы стимулирования персонала на основе принципа соответствия «эффективность-оплата» / А.В. Диденко // Modern Science. – 2020. – № 4-1. – С. 78-88.

29. Дифференцированная оплата труда медицинских работников стационаров в зависимости от объема и качества работы : Приложение к журналу "Здравоохранение" №1 - 2000 / Г. М. Гайдаров, С. Н. Смирнов, И. С. Кицул [и др.]. – Москва : МЦФЭР, 2000. – 78 с.

30. Долженкова, Ю.В. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения / Ю.В. Долженкова, М.В. Полевая, Г.Г. Руденко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 4. – С. 452-458.

31. Донцов, В.Г. Дифференциация заработной платы медицинских работников для формирования мотиваций к полезному труду / В.Г. Донцов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия «Медицина, фармация». – 2014. – № 11(182). – С. 181–185.

32. Еникеев, О.А. Отдельные проблемы внедрения эффективного контракта в здравоохранении / О.А. Еникеев, С.А. Еникеева // Правовое государство: теория и практика. – 2018. – Т. 2. – № 52. – С. 169-175.

33. Желомеева, Н.В. Правовое регулирование оплаты труда медицинских работников: дисс. на соиск. учен. степ. канд. юр. наук: 13.00.08 / Желомеева Наталья Владимировна; Уральский государственный юридический университет. – Екатеринбург, 2018. – 250 с.

34. Жуков, А.Л. Реформа оплаты труда в бюджетной сфере / А.Л. Жуков // Справочник кадровика. – 2013. – №10. – С. 104-113.

35. Закон Санкт-Петербурга от 12.10.2005 г. № 531-74 «О системах оплаты труда работников государственных учреждений Санкт-Петербурга» (с изменениями на 24 апреля 2018 года) [Электронный ресурс] / Администрация Санкт-Петербурга – URL: https://www.gov.spb.ru/law/. (Дата обращения 25.12.2020).

36. Закон Санкт-Петербурга от 28.12.2012 г. № 739-125 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/35388418/ (Дата обращения 25.01.2021).

37. Закон Санкт-Петербурга от 27.12.2013 г. № 775-142 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/22908242/ (Дата обращения 25.01.2021).

38. Закон Санкт-Петербурга от 25.12.2015 г. № 904-186 «О внесении изменений в закон Санкт-Петербурга «О системах оплаты труда работников государственных учреждений Санкт-Петербурга» [Электронный ресурс] / Администрация Санкт-Петербурга. – Режим доступа: https://www.gov.spb.ru/law/. (Дата обращения 25.12.2020).

39. Закон Санкт-Петербурга от 30.11.2018 г. № 711-144 «О бюджете Санкт-Петербурга на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (с изменениями на 16 октября 2019 года) [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://guzgp46.tunev.gov.spb.ru/doc/healthspb.pdf. (Дата обращения 25.12.2020).

40. Закон Санкт-Петербурга от 15.12.2021 г. № 618-127 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/403276199/ (Дата обращения 03.02.2023).

41. Закон Санкт-Петербурга от 14.12.2022 г. № 737-121 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/405985553/ (Дата обращения 03.02.2023).

42. Земляк, С.В. Правовой механизм нормирования труда работников сферы здравоохранения / С.В. Земляк, В.М. Кондрашов, Е.В Ганичева // Фундаментальные исследования. – 2021. – № 11. – С. 73-77.

43. Иванова, М.А. Нормирование труда – как главный инструмент формирования штатного расписания амбулаторно-поликлинических учреждений / М.А. Иванова // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2014. – № 1. – С. 2-14.

44. Иванова, Н.А. Особенности правового регулирования труда медицинских работников в условиях реформирования здравоохранения: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. юр. наук: 12.00.05 / Иванова Наталья Анатольевна; Уральская государственный юридическая академия. – Екатеринбург, 2012. – 30 с.

45. Иванова, Н.Е. Мотивация персонала, как инструмент реализации стратегии предприятия / Н.Е. Иванова, Н.С. Жукова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2019. – № 4 (1). – С. 68-75.

46. Ивашикина, Т.М. Некоторые подходы к нормированию труда в лабораторной диагностике / Т.М. Ивашикина, В.П. Пашкова, О.А. Клименкова и др. // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 7. – С. 71-77.

47. Ильясова, А.Р. Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / Казань: изд-во Казан. ун-та, 2019. – 86 с.

48. Илюхина, Л.А. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности среднего медицинского персонала / Л.А. Илюхина // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2014. – № 6 (116). – С. 136-140.

49. Исламутдинов, В. Эффективный контракт в учреждениях здравоохранения / В. Исламутдинов, Л. Кияницына // Проблемы теории и практики управления. – 2014. – № 11. – С. 137-142.

50. Кадыров, Ф.Н. Нормирование труда как один из эффективных инструментов управления медицинской организацией / Ф.Н. Кадыров, М.А. Иванова, А.М. Чилилов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 88-93.

51. Кадыров, Ф.Н. Организационные и правовые основы перевода санитарок в уборщиков производственных или служебных помещений / Ф.Н. Кадыров, А.А. Совпель // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 4. – С. 68-75.

52. Кадыров, Ф.Н. Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении / Ф.Н. Кадыров, А.М. Чилилов, Ю.В. Куфтова // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 61-71.

53. Кадыров, Ф.Н. Основные подходы к оценке эффективности реализации «эффективного контракта» в здравоохранении / Ф.Н. Кадыров,

А.М. Чилилов, О.В. Обухова // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 2. – С. 66-74.

54. Кадыров, Ф.Н. Перевод санитарок в уборщицы. Почему многим этого не избежать / Ф.Н. Кадыров, А.А. Совпель // Главная медицинская сестра. – 2017. – № 5. – С. 56-65.

55. Кадыров, Ф.Н. Порядок разработки положения о системе нормирования труда в государственном (муниципальном) учреждении здравоохранения / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 9. – С. 55-72.

56. Кадыров, Ф.Н. Практические аспекты нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 9. – С. 72-80.

57. Кадыров, Ф.Н. Рекомендации по выбору норм труда для работников различных подразделений медицинских организаций / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 9. – С. 70-79.

58. Калабина, Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях / Е.Г. Калабина // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». – 2016. – № 1. – С. 120-128.

59. Калабина, Е.Г. Построение эффективных трудовых контрактов в медицинских организациях [Электронный ресурс] / Е.Г. Калабина, Е.В. Чанышева // E-forum. – 2019. – № 2 (7). – Режим доступа: http://eforum.usue.ru/images/pdf/7/2.pdf. (Дата обращения 11.11.2020).

60. Ким, А.В. Социально-психологический климат в медицинских организациях как фактор, влияющий на качество и доступность медицинской помощи / А.В. Ким, О.Ж. Узаков, В.М. Середа и др. // Здравоохранение Кыргызстана. – 2019. – № 4. – С. 72-82.

61. Ковязина, Н. При каких условиях можно уменьшить размер стимулирующих выплат / Н. Ковязина // Здравоохранение. – 2017. – № 2. – С. 52-53.

62. Козеева, Т.Н. Внедрение эффективных контрактов в организациях здравоохранения: проблемы и условия их преодоления / Т.Н. Козеева, В.Г. Коновалова // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2016. – № 11. – С. 201-204.

63. Козлов, М.А. Перевод на «эффективный контракт» как изменение существенных условий трудового договора / М.А. Козлов // Советник бухгалтера бюджетной сферы. – 2012. – №10. – С. 63-72.

64. Козлова, А.И. К вопросу об оплате труда как механизма обеспечения эффективности системы здравоохранения / А.И. Козлова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 7. – С. 37-42.

65. Коленникова, О.А. Оплата труда и установки медицинских специалистов на профессионально-квалификационную и трудовую мобильность / О.А. Коленникова, М.С. Токсанбаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28 (спецвыпуск). – С. 1068-1074.

66. Колосницына, М.Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении / М.Г. Колосницына // Мотивация и оплата труда. – 2010. – №3. – С. 170-178.

67. Коновалова, Е.А. Эффективный контракт как механизм регулирования заработной платы в сфере здравоохранения / Е.А. Коновалова // Вестник Национального института бизнеса. – 2019. – № 38. – С. 31-35.

68. Кононенко, С.С. Внедрение эффективного контракта в медицинских учреждениях / С.С. Кононенко // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2018. – № 15 – С. 27-29.

69. Корнилова, В.А. Система оплаты труда в организациях здравоохранения: проблемы и пути решения / В.А. Корнилова, Е.В. Янченко // Мат. II науч.-практ. конф. «Человеческий и производственный потенциал российской экономики перед глобальными и локальными вызовами» /

Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А., 2019. – С. 188-193.

70. Коршунов, А.М. «Эффективный контракт» и проблема эффективности труда в бюджетных учреждениях / А.М. Коршунов // Отечественный журнал социальной работы. – 2015. – №1. – С. 66-70.

71. Корякин, Н.Н. Оплата труда медицинских работников: учебное пособие / Н.Н. Корякин, С.В. Романов, О.П. Абаева – СПб.: СпецЛит, 2017. – 110 с.

72. Костикова, А.Ю. Мотивация и удовлетворенность профессиональной деятельностью медицинских работников: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.02.03 / Костикова Анна Юрьевна; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко – М.:, 2019. – 27 с.

73. Краснорудская, М.В. Эффективный контракт в здравоохранении: назначение и условия оформления / М.В. Краснорудская // Заместитель главного врача. – 2016. – №1. – С. 52-62.

74. Круглова, Ю.В. Проблема мотивации трудовой деятельности медицинских работников / Ю.В. Круглова // Право и общество. – 2013. – № 8. – С. 277-288.

75. Крылова, Н.Г. Эффективный контракт: явные и скрытые проблемы / Н.Г. Крылова // Человеческий капитал и профессиональное образование. – 2013. – № 4. – С. 25-27.

76. Куделина, О. В. Проблемы управления и развития кадровых ресурсов системы здравоохранения. Международный опыт / О. В. Куделина, Е. Ю. Киллякова // Экология человека. – 2018. – № 8. – С. 17-27.

77. Кузнецов, Д. Реформа оплаты труда в бюджетной сфере: проблемы перехода на «эффективный контракт» / Д. Кузнецов // Кадровик. – 2014. – № 12. – С. 22-29.

78. Кукурика А.В. Факторы мотивации медицинских работников амбулаторного и стационарного звена государственного здравоохранения /

А.В. Кукурика, Е.И. Юровская // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. – 2022. – № 3. – С. 48-51.

79. Кучиц, С.С. Особенности трудовой мотивации сотрудников государственных медицинских учреждений / С.С. Кучиц, О.В. Гриднев, Е.В. Песенникова и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 6. – С. 452-456.

80. Кучиц, С.С. Роль эффективного контракта в повышении качества предоставляемых медицинских услуг в государственном учреждении здравоохранении: дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.02.04 / Кучиц Сергей Сергеевич; Первый Московский гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова. – М., 2020. – 252 с.

81. Кушнарева, И.В. Повышение эффективности управления персоналом с применением современных методов мотивации / И.В. Кушнарева, М.В. Бугаева // Вестник алтайской академии экономики и права. – 2019. – № 2. – С. 100-107.

82. 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.

83. Линденбратен, А.Л. Методические подходы к внедрению стимулирующих систем оплаты труда в медицинских организациях [Электронный ресурс] // Здравоохранение. – 2015. – № 2. – Режим доступа: https://e.zdravohrana.ru/425270. (Дата обращения 18.06.2020).

84. Линденбратен, А.Л. Некоторые аспекты управления системой охраны здоровья / А.Л. Линденбратен, Я.И. Вигдорчик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30(4). – С. 625-628.

85. Линденбратен, А.Л. Актуальные проблемы развития больничной помощи / А.Л. Линденбратен, В.М.Шипова, Н.А.Капитоленко // В сб.

Актуальные вопросы медицинского страхования в реформировании здравоохранения. – 1999. – С.21-23.

86. Ломтева, А.А. Сущность и функции заработной платы, принципы ее организации / А.А. Ломтева // Мат. Междунар. научно-практ. конф. «Актуальные вопросы экономики, менеджмента и инноваций». – Нижегородский государственный технический университет им. Р.Е. Алексеева, 2019. – С. 211-214.

87. Лопатина, М. Исполнение майских указов 2012 г.: последствия для бюджетного сектора / М. Лопатина, В. Ляшок // Экономическое развитие России. – 2018. – № 9 (25). – С. 89-94.

88. Макаров, С.В. Оплата труда медицинских работников государственных медицинских организаций: учебное пособие / С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров. – Иркутск: ИГМУ, 2019. – 63 с.

89. Меньшикова, Л.И. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы) / Л. И. Меньшикова, И.М. Сон, М.Ю. Крякова и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 771-803.

90. Методические рекомендации по организации системы управления нормированием труда в медицинской организации / В.И. Стародубов, И.М. Сон и др.; под ред. В.И. Стародубова. – М., 2017. – 44 с.

91. Методические рекомендации по организации службы (отдела) нормирования труда в медицинской организации / В.И. Стародубов, И.М. Сон и др.; под ред. В.И. Стародубова. – М., 2017. – 16 с.

92. Методические рекомендации по формированию и организации деятельности комиссий по нормированию труда в медицинских организациях / В.И. Стародубов, И.М. Сон и др.; под ред. В.И. Стародубова. – М., 2017. – 16 с.

93. Методические указания «Нормы времени на выполнение основных видов микробиологических исследований», утвержденные

Минздравом России от 18.01.1999 № 1100/82-99-23. [Электронный ресурс] / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/901799965. (Дата обращения 12.09.2020).

94. Мигунова, Ю.В. Проблемы и противоречия кадрового обеспечения медицинских организаций / Ю.В. Мигунова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2017. – № 10. – С. 47-51.

95. Мирзабекова, М.Ю. Эффективные системы мотивации персонала и методы оплаты труда в муниципальных учреждениях здравоохранения: актуальные проблемы и пути решения / М.Ю. Мирзабекова, Т.Г. Шелкунова / Естественно-гуманитарные исследования. – 2021. – № 1 (33). – С. 156-160.

96. Михалкина, Е.В. Эффективный контракт как институциональная форма реализации социально-трудовых отношений в учреждениях здравоохранения: ожидания и реальность / Е.В. Михалкина, Н.В. Андрейченко // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2017. – № 1. – С. 39-47.

97. Михалкина, Е.В. Эффективный контракт как инструмент мотивации работников бюджетной сферы / Е.В. Михалкина, Л.С. Скачкова // Мотивация и оплата труда. – 2014. – № 1. – С. 50-60.

98. Некрасов, В.Н. Современные механизмы повышения эффективности реализации государственной кадровой политики / В.Н. Некрасов, И.В. Пивоваров // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2018. – № 1. – С. 57-60.

99. Окунева, Т. В. Организация и нормирование труда: курс лекций / Т. В. Окунева. – Екатеринбург: УрГУПС, 2016. – 255 с.

100. Орел, В.И. Актуальные проблемы нормативно-правового регулирования первичной медико-социальной помощи / В.И. Орел, А.В. Ким, И.С. Катаева и др. // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7. – № 4. – С. 4-17.

101. Орел, В.И. Система оплаты труда как инструмент повышения качества медицинской амбулаторно-поликлинической помощи / В.И. Орел, А.В. Ким, О.М. Носырева и др. // Детская медицина Северо-Запада. – 2021. – Т. 9. – № 1. – С. 268-269.

102. Основы нормирования труда в медицинских организациях: учебник / И. М. Сон, М. А. Иванова, и др.; под общ. ред. В. И. Стародубова. – М., 2017. – 796 с.

103. Панов, С.Н. Научно-методические подходы к организации материального стимулирования медицинских работников стационарных учреждений : автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.33 / Панов Сергей Николаевич; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко – М.:, 2000. – 24 с.

104. Панчук, Е.Ю. Изучение мотивации труда медицинских работников / Е.Ю. Панчук // Известия Саратовского ун-та. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2019. – Т. 19. – Вып. 2. – С. 183–187.

105. Перечень поручений по итогам совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения, состоявшегося 20 августа 2019 года [Электронный ресурс] / Сайт МЗ РФ. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.ru/documents/9689-perechen-porucheniy-prezidenta-rossiyskoy-federatsii-po-itogam-soveschaniya-po-voprosam-modernizatsii-pervichnogo-zvena-zdravoohraneniya-20-avgusta-2019-g-pr-1755. (Дата обращения 25.09.2020).

106. Перечень поручений по итогам совещания о модернизации первичного звена здравоохранения, состоявшегося 2 октября 2019 года [Электронный ресурс] / Сайт Президента России. – Режим доступа: http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/61752. (Дата обращения 25.09.2020).

107. Письмо Минздрава РФ от 28.10.1992 № 21-01-983 "О нормировании труда работников флюорографических кабинетов"

[Электронный ресурс] / Радиомед. – Режим доступа: https://radiomed.ru/comment/71239 (Дата обращения 19.06.2020).

108. Полякова, А.Г. Проблемы развития кадрового потенциала в российском здравоохранении / А.Г. Полякова, В.В. Колмаков // Карельский научный журнал. – 2017. – Т. 6. – № 3. – С. 123-126.

109. Пономарева, О.Я. Проблемы и перспективы эффективного контракта в бюджетной сфере на примере Свердловской области / О.Я. Пономарева, А.В. Диденко // Мотивация и оплата труда. – 2019. – № 4. – С. 294-306.

110. Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2009 г. N 1110 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/2172054/ (Дата обращения 12.12.2022).

111. Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 г. № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/70246050/ (Дата обращения 25.01.2021).

112. Постановление Правительства РФ от 18.10.2013 г. № 932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/70479406/ (Дата обращения 25.01.2021).

113. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 г. № 2505 (ред. от 14.12.2022) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/403335795/ (Дата обращения 03.02.2023).

114. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405965459/ (Дата обращения 03.02.2023).

115. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 01.11.2005 № 1673 «О системе оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга (с изменениями на 19 марта 2020 года) [Электронный ресурс] / Администрация Санкт-Петербурга. – Режим доступа: https://www.gov.spb.ru/law/. (Дата обращения 27.08.2020).

116. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 21.12.1984 г. № 1440 «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/4174343/. (Дата обращения 12.05.2020).

117. Приказ от 5 августа 1986 г. № 1029 «Об утверждении расчетных норм времени на радиоизотопные исследования и о внесении изменений в действующие штатные нормативы лабораторий радиоизотопной диагностики» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/4173233/ (Дата обращения 02.09.2020).

118. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 2 августа 1991 года № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики» (с изменениями на 5 апреля 1996 года) [Электронный ресурс] / Электронный

фонд правовых и нормативно-технических документов. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/58834216 (Дата обращения 19.06.2020).

119. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 1993 г. № 283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/ 901743641. (Дата обращения 30.05.2020).

120. Приказ Минздравмедпрома России от 19.01.1995 № 8 «О развитии и совершенствовании деятельности лабораторий клинической микробиологии (бактериологии) лечебно-профилактических учреждений» [Электронный ресурс] / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/9036232. (Дата обращения 12.09.2020).

121. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 31.05.1996 г. № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/9025682. (Дата обращения 25.05.2020).

122. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.12.1997 № 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/901708702. (Дата обращения 02.09.2020).

123. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 526 "Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и

фармацевтических работников" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/25592284/. (Дата обращения 20.04.2020).

124. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 818 "Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в этих учреждениях" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Консультант Плюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_ doc_LAW_74684/. (Дата обращения 18.11.2020).

125. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 822 "Об утверждении Перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат компенсационного характера в этих учреждениях" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Консультант Плюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_ doc_LAW_74740/. (Дата обращения 15.11.2020).

126. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/70195856/. (Дата обращения 12.02.2021).

127. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2013 года № 421 «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] / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/. (Дата обращения 19.12.2021).

128. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/71169514/. (Дата обращения 18.11.2020).

129. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/71805302/. (Дата обращения 20.04.2020).

130. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» [Электронный ресурс] / Консультант. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_ LAW_323527/. (Дата обращения 18.02.2021).

131. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 № 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72589514/. (Дата обращения 12.03.2021).

132. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2020 г. № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74532238. (Дата обращения 02.02.2021).

133. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://www.garant.ru/products/ ipo/prime/doc/74610282/. (Дата обращения 12.03.2021).

134. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2020г. № 810н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнения работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/74835059/. (Дата обращения 20.11.2020).

135. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 апреля 2013 г. № 167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» [Электронный ресурс] / Минтруд России. – Режим доступа: https://mintrud.gov.ru/ docs/mintrud/orders/75. (Дата обращения 12.01.2021).

136. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2013 г. № 235 «Об утверждении методических рекомендаций для федеральных органов исполнительной власти по разработке типовых отраслевых норм труда» [Электронный ресурс] / Минтруд России. – Режим доступа: https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/76 (Дата обращения 14.01.2021).

137. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 г. № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях» [Электронный ресурс] / Минтруд России. – Режим доступа: https://mintrud.gov.ru/ docs/mintrud/orders/145. (Дата обращения 14.01.2021).

138. Прохоренко, Н.Ф. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Н.Ф. Прохоренко, Е.А. Гапонова, И.В. Петрачков, Г.Э. Улумбекова / ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – Т. 5. – № 4. – С. 20-42.

139. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 21.06.2016 № 228-р «Об утверждении методических рекомендаций по оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/43411216/. (Дата обращения 17.12.2020).

140. Распоряжениями Комитета по здравоохранению СПб от 15.02.2011 г. № 58-р «Об утверждении Положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/35366313/ ?ysclid=lth6cumr9e695785644. (Дата обращения 17.12.2020).

141. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 06.06.2014 г. № 213-р «Об утверждении Положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» [Электронный ресурс] / Гарант. – Режим доступа: https://base.garant.ru/22913833/. (Дата обращения 17.12.2020).

142. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 26.08.2016 № 332-р «Об утверждении Положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» (с изменениями на 23 декабря 2019 года). [Электронный ресурс] / Администрация Санкт-Петербурга – Режим доступа: https://www.gov.spb.ru/law/?d&nd=807100003. (Дата обращения 17.12.2020).

143. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года № 2190-р «Об утверждении программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных

(муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 49. – Ст. 6909.

144. Регель, Н.Д. Оплата труда как фактор мотивации в сфере здравоохранения в России [Электронный ресурс] /НИУ ВШЭ – Режим доступа:https://www.hse.ru/data/2011/09/15/1267533591/Регель%20Н.Д.%20Оплата%20труда%20как%20фактор%20моти..сфере%20здравоохранения%20%20в%20России.pdf. (Дата обращения 17.01.2021).

145. Результаты исследования зарплаты врачей государственных медучреждений России, опубликовано 4 декабря 2017 / Источник: сайт Врачи РФ.

146. Репринцева, Е.В. Изучение уровня оплаты труда среднего медицинского персонала в регионах ЦФО [Электронный ресурс] // Экономические исследования. – 2019. – № 1. – Режим доступа: https://elibrary.ru/item.asp?id=38543197. (Дата обращения 05.12.2020).

147. Репринцева, Е.В. Сравнительная оценка обеспеченности врачами здравоохранения РФ и стран Европы / Е.В. Репринцева // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7. – № 3 (24). – С. 240-243.

148. Романчук, И.Г. Оплата труда и мотивация медицинского персонала в условиях перехода на эффективный контракт / И.Г. Романчук // Управленческое консультирование. – 2014. – № 10 (70). – С. 95-101.

149. Руголь, Л.В. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности [Электронный ресурс] / Л.В. Руголь, И.М. Сон, Л.И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – № 3. – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1170/30/lang,ru/ (Дата обращения 18.01.2022).

150. Саликова, Н.М. «Эффективный контракт»: проблемы внедрения и практика применения / Н.М. Саликова // Юридический вестник ДГУ. – 2018. – № 1. – С. 99-104.

151. Самойленко, В.В. Эффективный контракт в работе сестринского персонала / В.В. Самойленко // Главная медицинская сестра. – 2014. – №10. – С. 117-132.

152. Сафонов, А.Л. Оплата труда в бюджетной сфере: состояние и тенденции развития / А.Л. Сафонов, Ю.В. Долженкова // Социально-трудовые исследования. – 2022. – № 46 (1). – С. 64-71.

153. Сафонов, А.Л. Проблемы оплаты труда в бюджетном здравоохранении: вызовы пандемии / А.Л. Сафонов, Ю.В. Долженкова, А.А. Чуб // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29 (спецвыпуск). – С. 720-725.

154. Сахно, Н.Н. Эффективный контракт в медицинском учреждении / Н.Н. Сахно // Главврач. – 2019. – № 5. – С. 32-34.

155. Свещинский, М.Л. Оценки проектов лабораторной централизации в регионах РФ (пилотное исследование) / М.Л. Свещинский, А.С. Гольдберг // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 5. – С. 20-29.

156. Семергеев, А.А. Эффективные контракты в медицинской организации / А.А. Семергеев // Россия в XXI веке: стратегия и тактика социально-экономических, политических и правовых реформ: Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Барнаул, 22–23 апреля 2021 года. – Барнаул: Алтайский филиал ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», 2021. – С. 587-589.

157. Сергеева, Н.М. Итоги реализации «майских» указов президента РФ о повышении оплаты труда медицинского персонала в регионах ЦФО [Электронный ресурс] // Экономические исследования. – 2019. – № 1. / Режим доступа: https://elibrary.ru/item.asp?id=38543198. (Дата обращения 20.10.2020)

158. Сергеева, Н.М. Сравнительная оценка уровня оплаты труда в системе здравоохранения Федеральных округов РФ // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7. – № 4 (25). – С. 283-285.

159. Симонова, М.В. Анализ структуры заработной платы врачей до и после внедрения системы эффективного контракта / М.В. Симонова, Д.Б. Адыкова // Экономика труда. – 2021. – Том 8. – № 8. – С. 881-896.

160. Симонова, М.В. Применение эффективного контракта в здравоохранении / М.В. Симонова, Д.Б. Адыкова // Вестник ВГУ. Серия: Экономика и управление. – 2020. – № 1. – С. 71-75.

161. Система оказания медицинской помощи в Российской Федерации: информационный бюллетень / М.В. Авксентьева, К.В. Герасимова и др.; под ред. В.В. Омельяновского. – М.: Наука, 2019. – 181 с.

162. Слепцова, Е. В. Особенности оплаты труда в организациях системы здравоохранения / Е. В. Слепцова, А.В. Бадиленко // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2017. – № 12. – С.169-171.

163. Словарь русского языка: в 4-х т. / РАН, Ин-т лингвистич. исследований / под ред. А.П. Евгеньевой. – 4-е изд., стер. – М.: Рус. яз.: Полиграфресурсы, 1999 (электронная версия) / Фундаментальная электронная библиотека. – Режим доступа: https://feb-web.ru/ feb/mas/mas-abc/22/ma462801.htm?cmd=0&istext=1 (Дата обращения 18.01.2021).

164. Соболева, Е.Ф. О реформировании системы оплаты труда в здравоохранении: достижения, проблемы, коррективы / Е.Ф. Соболева // Научный результат. Экономические исследования. – 2020. – Т. 6. – № 4. – С. 80-90.

165. Совместное обращение Гильдии защиты медицинских работников и профсоюза "Действие" к президенту РФ о заработной плате медицинских работников, опубликовано 9 февраля 2018. / Источник: сайт Врачи РФ

166. Созарукова, Ф.М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения / Ф.М. Созарукова // Вестник экспертного совета. – 2018. – № 4 (15). – С. 104-109.

167. Сон, И.М. Нормирование труда врачей амбулаторного приема при оказании первичной медицинской помощи / И.М. Сон, В.М. Шипова, М.А. Иванова и др. //Здравоохранение. – 2014. – № 14. – С. 76-85.

168. Стародубов, В.И. Порядок формирования штатных расписаний государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 5. – С. 63-71.

169. Светличная, Т.Г. Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е.Л. Борчанинова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. - №5(6). – С. 3-7.

170. Солодухин, Д.П. Изучение рационального использования фонда в отделениях терапевтического профиля городских больниц / Д.П. Солодухин, Н.Е. Толмачев // Медицина. – 2013. – С. 22-28.

171. Стародубов, В.И. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, И.М. Сон, В.О. Щепин // Vienna:"East West" Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. – 2016. – P. 118.

172. Стародубов, В.И. Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 6-15.

173. Стародубов, В.И. Финансовые резервы государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 10. – С. 65-73.

174. Тарасенко, Е.А. Зарубежный и российский опыт управления кадровыми ресурсами в здравоохранении: структура «прочего» или «вспомогательного» персонала / Е.А. Тарасенко // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №7. – С. 57-64.

175. Тарасенко, Е.А. Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях / Е.А. Тарасенко, О.Б. Хорева // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2016. – № 4. – С. 117-142.

176. Темницкий, А.Л. Изменения в мотивации труда врачей в условиях внедрения эффективного контракта / А.Л. Темницкий // Социологические исследования. – 2018. – № 4 (408). – С. 90-102.

177. Темницкий, А.Л. Мотивационная структура профессиональной деятельности медицинских работников России / А.Л. Темницкий // Мир России. – 2021. – № 30(4). – *С.* 30-52.

178. Темницкий, А.Л. Феномен справедливости в оплате труда медицинских работников / А.Л. Темницкий // Мир России. – 2017. – Т. 26. – № 3. – С. 64-89.

179. Тепляков, В.В. Персональные повышающие коэффициенты как выплаты стимулирующего характера [Электронный ресурс] / В.В. Тепляков // Здравоохранение. – 2016. – № 7. – Режим доступа: https://e.zdravohrana.ru/476591. (Дата обращения 17.12.2020).

180. Техтерекова, Н.С. Профессиональная мотивация медицинского персонала как средство повышения эффективности трудовой деятельности / Н.С. Техтерекова, Н.Н. Гнедых, А.П. Ляхов // Проблемы современной науки и образования. – 2016. – № 12 (54). – С. 151-156.

181. Тимофеев, Д.А. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации / Д.А. Тимофеев, М.В. Еругина, И.Л. Кром, М.А. Цвигайло // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – *№* 27 (1). – *С.* 50-53.

182. Титова, Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения / Е.Я. Титова // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 125-131.

183. Третьяков, А.Е. Научное обоснование дифференцированной оплаты труда основного персонала амбулаторно-поликлинического учреждения : автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.33 / Третьяков Алексей Егорович; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко – М.:, 1999. – 24 с.

184. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://tkodeksrf.ru/

185. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" // СЗ РФ. – 2012. - № 19. Ст. 2334.

186. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // СЗ РФ. – 2012. - № 19. Ст. 2335.

187. Улумбекова, Г.Э. Об оплате труда медицинских работников в 2013-2016 гг. / Г.Э. Улумбекова // Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 1 (7). – С. 41–44.

188. Фахрутдинов, Т.М. Об особенностях применения мировых методов финансирования расходов на оплату труда врачей в России / Т.М. Фахрутдинов, Е.Г Князева // Вестник Академии знаний. – 2023. – № 2 (55). – С. 378-383.

189. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

190. Филатенкова, С.В. Критерии эффективности труда медицинских работников как основа выплат стимулирующего характера по конечным результатам / С.В. Филатенкова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – №1. – С. 35-39.

191. Филатов, В.Н. Проблемы введения эффективного контракта в сфере здравоохранения: возможности и риски / В.Н. Филатов, М.Т. Югай и др. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2014. – Т. 6. – № 1. – С. 87-97.

192. Фирсова, С.А. Эффективный контракт: преимущества и недостатки / С.А. Фирсова, Н.А. Первухина // Аллея науки. – 2018. – № 6(22). – С. 770-776.

193. Фомин, А.А. Проблемы оплаты труда в системе здравоохранения [Электронный ресурс] / А.А. Фомин // Международный журнал прикладных наук и технологий Интеграл. – 2017. – № 4. – Режим доступа: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30733540. (Дата обращения 02.12.2020).

194. Хабриев, Р.У. Комментарии к нормам труда в здравоохранении / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, С.М. Гаджиева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 144 с.

195. Хазов, М.В. Пути совершенствования управления врачебным персоналом многопрофильной медицинской организации (на примере медицинской организации системы ФМБА России): Дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.02.03 / Хазов Михаил Владимирович; Нижегородская государственная медицинская академия – Н. Новгород, 2016. – 215 с.

196. Хальфин, Р.А. О критериях оценки деятельности медицинских организаций в новой пациентоориентированной системе здравоохранения / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.П. Столбов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 13-16.

197. Хурцилава, О.Г. Обеспеченность населения врачами первичного звена здравоохранения: факты, тенденции и прогнозы / О.Г. Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева и др. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Т. 7. – № 3. – С. 66-72.

198. Хурцилава, О.Г. Общемировые и российские тенденции развития кадровой политики в сфере здравоохранения / О.Г. Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева и др. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Том 7. – № 2. – С. 123-132.

199. Чилилов, А.М. Анализ изменений в системах оплаты труда работников здравоохранения / А.М. Чилилов, Ф.Н. Кадыров // Вестник РЭУ им. Г. В. Плеханова. – 2020. – Т. 17. – № 3. (111). – С. 61-72.

200. Чирикова, А.Е. О мотивации российских врачей: мифы и реалии / А.Е. Чирикова // ИНТЕРакция. ИНТЕРвью. ИНТЕРпретация. – 2019. – Т. 11. – № 20. – С. 54-76.

201. Чирикова, А.Е. О полимотивации врачей: уроки реформ / А.Е. Чирикова // Мир России. – 2019. – Т. 28. – № 3. – С. 6-26.

202. Чирикова, А.Е. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин // Социологические исследования. – 2019. – № 5. – С. 36-44.

203. Шамшурина Н.Г. Дифференцированная оплата труда медицинского персонала / Н.Г. Шамшурина // Главный врач. – 2006. – №6. – С. 22-29.

204. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей / И. М. Шейман, С. В. Сажина // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – Т. 27. – № 3. – С. 130-153.

205. Шейман, И.М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И.М. Шейман, В.И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143-167.

206. Шипова, В.М. Задачи нормирования труда в рамках реализации оказания гарантированной государством медицинской помощи населению Российской Федерации в 2022 г. Часть 1 / В.М. Шипова, В.О. Щепин, С.Н. Корецкий // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8. – № 1. – С. 130-140.

207. Шипова, В.М. Задачи нормирования труда в рамках реализации оказания гарантированной государством медицинской помощи населению Российской Федерации в 2022 г. Часть 2 / В.М. Шипова, В.О. Щепин, С.Н. Корецкий // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8. – № 2. – С. 94-107.

208. Шипова, В.М. Нормирование труда в здравоохранении в условиях эффективного контракта / В. М. Шипова, О. В. Гриднев, С. С. Кучиц //

Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 41-44.

209. Шипова, В. М. Нормы труда в порядках оказания медицинской помощи: теория и практика применения / В. М. Шипова, Д. О. Рощин, А. Н. Плутницкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28 (спецвыпуск). – С. 834-839.

210. Шипова, В. М. Нормы труда вспомогательной службы: проблемы и пути решения / В.М. Шипова, Е.А. Берсенева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 1. – С. 6-15.

211. Шипова, В.М. Нормы труда медицинских работников поликлиник: иллюзии и реальность / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 168 с.

212. Шипова, В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / В. М. Шипова; под ред. акад. РАН Р.У. Хабриева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 312 с.

213. Шипова, В.М. Плановый объем работы как составляющая системы нормирования труда / В.М. Шипова, В.О. Щепин // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2023. – Т. 9. – № 2. – С. 38-55.

214. Шипова, В. М. Расчет штатной обеспеченности: что меняется в 2017 году / В. М. Шипова, С. М. Гаджиева // Главная медицинская сестра. – 2017. – № 10. – С. 14-21.

215. Шипова, В. М. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 432 с.

216. Шипова, В.М. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 96 с.

217. Шипова, В.М. Штатное расписание медицинской организации / В. М. Шипова; под ред. акад. РАН Р.У. Хабриева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192 с.

218. Шишкин, С.В. Результативность введения эффективного контракта с медицинскими работниками / С.В. Шишкин, А.Л. Темницкий // Экономическая политика. – 2020. – Т. 15. – № 3. – С. 176-203.

219. Шишкин, С.В. Стратегия перехода к эффективному контракту и особенности трудовой мотивации медицинских работников / С.В. Шишкин, А.Л. Темницкий, А. Е. Чирикова // Экономическая политика. – 2013. – № 4. – С. 27-53.

220. Штоколова, К.В. Влияние кадрового потенциала на качество медицинских услуг / К.В. Штоколова // Вопросы социально-экономического развития регионов. – 2017. – № 1 (2). – С. 20-25.

221. Щепин, В.О. Государственные гарантии медицинской помощи и нормы труда в здравоохранении / В.О. Щепин, В.М. Шипова, О.В. Миргородская // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 2. – С. 26-35.

222. Югай М.Т. Роль неэкономических стимулов в системе мотивации медицинских работников государственных медицинских организаций / М.Т. Югай, В.И. Панкевич // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – № 3. – С 62-77.

223. Южалин, А. Нормирование труда: практические сложности / А. Южалин // Кадровая служба и управление персоналом предприятия, 2016. – № 7. – С. 22.

224. Armour, B.S. Physician Financial Incentives in Managed Care. Resource Use, Quality and Cost Implications / B.S. Armour, M.M. Pitts // Dis. Manage Health Outcomes. – 2003. – V. 11. – № 3. – P. 139-147.

225. Barninghausen, T. Financial incentives for return of services in underserved areas: a systematic review / T. Barninghausen, D. Bloom // BMC Health Serv. Res. – 2009. – V. 9. – P. 86.

226. Barriball, L. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe / L. Barriball, J. Bremner, J. Buchan et al. // Luxembourg, European Union, 2015. – 54 p.

227. Berg, M. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? [Электронный ресурс] / M. Berg, D. Bakker, G.P. Westert. et al. // BMC Health Services Research. – 2009 Feb 26. – 11 p. – Режим доступа: https://cyberleninka.org/article/n/250455/viewer. (Дата обращения 20.03.2021).

228. Buchan J. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base [Электронный ресурс] / J. Buchan, I. S. Dhillon, J. Campbell / Geneva, World Health Organization, 2017. – 455 p. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326411. (Дата обращения 12.12.2020).

229. Butcher, L. Financial Incentives for Employed Physicians: Do They Work? / L. Butcher // Project for Excellence in Journalism. – 2010. – V. 36. – № 4. – P. 18-22.

230. Charalambous, M. Data on motivational factors of the medical and nursing staff of a Greek Public Regional General Hospital during the economic crisis / M. Charalambous, M. Konstantinos, M. Talias // Data in Brief. – 2017. – V. 11. – P. 371-381.

231. Correia, T. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries / T. Correia, G. Dussault, C. Pontes // Health Policy. – 2015. – V. 119 (12). – P. 1600-1605.

232. Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for universal health coverage [Электронный ресурс] / OECD/WHO/World Bank Group. – WHO. – 2018. – 99 p. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465. (Дата обращения 12.12.2020).

233. Dick, E.Z. Quality improvement in hospitals: barriers and facilitators / E.Z. Dick, B.D. Ford // Int. J. Health Care Qual. Assur. – 2017. – V. 30 (1). – P. 16-24.

234. Dieleman, M. Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas [Электронный ресурс] / M. Dieleman, S. Kane, P. Zwanikken et al. / World Health Organization/ Technical Report. – 2011. – №. 1. – 20 p. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44548. (Дата обращения 21.12.2020).

235. Dolea, C. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas / C. Dolea, L. Stormont, J.M. Braichet // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – V. 88. – P. 379–385.

236. Franco, L.M. Health Sector Reform and Public Sector Health Worker Motivation: a Conceptual Framework / L.M. Franco, S. Bennett, R. Kanfer // Social Science & Medicine. – 2002. – №. 54(8). – P. 1255-1266.

237. Global Health Workforce Alliance. Human Resources for Health: foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda [Электронный ресурс] / WHO, Geneva, World Health Organization. – 2014. – 70 p. – Режим доступа: https://www.who.int/ workforcealliance/knowledge/ resources/ report3rdgf/ en/ (Дата обращения 21.12.2020).

238. Gosden, T. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress / T. Gosden, J. Williams, R. Petchey et al. // Journal of Health Services Research & Policy. – 2002. – V. 7. – №. 1. – P. 26–33.

239. Kroezen, M. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research / M. Kroezen, G. Dussault, I. Craveiro et al. // Health Policy. – 2015. – V. 119 (12). – P. 1517-1528.

240. Krstic, M. Motivational Factors of Employees in Health Care Institutions in Serbia / M. Krstic, V Obradovic, Z. Terzic et al. // Management: Journal of Sustainable Business and Management Solutions in Emerging Economies. – 2019. – V. 24 – № 1. – P. 33-41.

241. Kuusio, H. Inflows of foreign-born physicians and their access to employment and work experiences in health care in Finland: qualitative and quantitative study [Электронный ресурс] / H. Kuusio, R. Lämsä, A. Aalto et al. // Human Resources for Health. – 2014. – №. 12. – Режим доступа: https://human-resources-ealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-41. (Дата обращения 25.02.2021).

242. Liu, A. Community health workers in global health: scale and scalability / A. Liu, S. Sullivan // Mt. Sinai J. Med. – 2011. – V. 78. – № 3. – P. 419-435.

243. Lyle, D. Securing a rural health workforce for the next generation of rural Australians / D. Lyle, L. Barclay // The Medical Journal of Australia. – 2015. – V. 202. – № 9. – P. 469.

244. Meliala, A. Adressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and eff ectiveness of current regulations / A. Meliala, K. Hort, L. Trisnantoro // Soc. Sci. Med. – 2013. – V. 82. – P. 30–34.

245. Melichar, L. The effect of reimbursement on medical decision making: Do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? / L. Melichar // Journal of Health Economics. – 2009. – № 28. – P. 902-907.

246. Ono, T. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses [Электронный ресурс] / T. Ono, M. Schoenstein, J. Buchan / OECD Health Working Papers. OECD Publishing. – 2014 – 65 p. – Режим доступа: https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/69-en.html. (Дата обращения 11.01.2021).

247. Oppel, E.-M. Evaluating the link between human resource management decisions and patient satisfaction with quality of care / E.-M. Oppel, V. Winter, J. Schrey ögg // Health Care Management Review. – 2017. – № 42 (1). – P. 53-64.

248. Perry, H.B. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current / H.B. Perry, R. Zulliger, M.M. Rogers // Annu. Rev. Public Health. – 2014. – V. 18. – № 35. – P. 399-421.

249. Petersen, L.A. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? / L.A. Petersen, L.D. Woodard, T. Urech et al. // Annals of Internal Medicine. – 2006. – V. 145. – № 4. – P. 265-272.

250. Rosak-Szyrocka, J. Employee motivation in health care / J. Rosak-Szyrocka // Production. Engineering. Archives. – 2015. – V. 6. – № 1. – P. 21-25.

251. Santric Milicevic, M. Mapping the governance of human resources for health in Serbia / M. Santric Milicevic, M. Vasic, M. Edwards // Health Policy. – 2015. – № 119 (12). – P. 1613-1620.

252. Shen, J. The Effects of Payment Method on Clinical Decision-Making: Physician Responses to Clinical Scenarios / J. Shen, R. Andersen, R. Brook et al. // Medical Care. – 2004. – V. 42. – №. 3. – P. 297-302.

253. Shen, J. Examining the Tradeoff Between Fixed Pay and Performance-Related Pay: A Choice Experiment Approach / J. Shen, K. Ogawa, H. Takahashi // Review of Economic Analysis. – 2014. – № 6. – P. 119-131.

254. Smith, S.D. The global workforce shortages and the migration of medical professions: the Australian policy response [Электронный ресурс] // Aust. New Zealand Health Policy. – 2008. – № 5. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/5342823. (Дата обращения 03.03.2021).

255. Sundmacher, L. Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany / L. Sundmacher, S. Ozegowski // The European Journal of Health Economics. – 2016. – V. 17. – №. 4. – P. 443-451.

256. Thompson, M.J. Do international medical graduates fill the gap in rural primary care in the United States? A national study / M.J. Thompson, A. Hagopian, M. Fordyce et al. // J. Rural Health. – 2009. – V. 25. – № 2. – P. 124-134.

257. Tomblin Murphy, G. Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries / G. Tomblin Murphy, S. Birch, F. MacKenzie // Human Resources for Health. – 2016. –V. 14 – № 1. – P. 77.

258. Tsounis, A. Motivation among Physicians in Greek Public Health-Care Sector / A. Tsounis, P. Sarafis, P. Bamidis // British Journal of Medicine & Medical Research. – 2014. – № 4(5). – P. 1094–1105.

259. Vicarelli, G. Health workforce governance in Italy / G. Vicarelli, E. Pavolini // Health Policy. – 2015. – V. 119 – № 12. – P. 1606-1612.

260. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programs [Электронный ресурс] / Geneva: World Health Organization. – 2018. – 112 p. – Режим доступа: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369. (Дата обращения 12.12.2020).

261. Zulu, J.M. Developing the national community health assistant strategy in Zambia: a policy analysis [Электронный ресурс] / J.M. Zulu, J. Buchan, C. Michelo et al. // Health Res. Policy Syst. – 2013. – № 11. – Режим доступа: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23870454/. (Дата обращения 28.01.2021).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета
медицинского работников поликлиники

Уважаемый коллега!

Настоящий опрос проводится в рамках исследования системы оплаты труда в **медицинских организациях первичного звена здравоохранения**.

Заранее благодарим за активное сотрудничество!

1.Укажите, к какой категории персонала относится Ваша должность:
□ врач □врач, руководитель подразделения □ средний мед.

2. Укажите Ваш стаж работы
□ менее 3 лет, □ 3-5 лет, □ более 5 лет

3. Вы получаете заработную плату?:
□ своевременно □ иногда с задержкой □ чаще с задержкой

4. Вы удовлетворены уровнем заработной платы?:
□ в полной мере □ скорее да □ скорее нет □ нет

5. Мне известна структура моей заработной платы (оклад, доплаты и компенсации, надбавки, стимулирующие выплаты):
□ точно знаю □ нет □ узнаю по расчетным листкам о з/п

6. Вы знаете, чем отличаются компенсационные выплаты от стимулирующих?:
□ да □ нет

7. Заработная плата соответствует затратам моего труда/нагрузке:
□ да, в полной мере □ трудозатраты превосходят уровень з/п □ з/п выше трудозатрат

8. Мне хорошо известны показатели/критерии оценки результатов моего труда
□ да, в полной мере □ скорее да □ скорее нет □ нет

9. Установленные показатели для оценки в полной мере отражают результаты моего труда:
□ да □ скорее да □ скорее нет □ нет
Если ответ «скорее нет» или «нет», то какие показатели и почему_____

10. Заработная плата зависит от результатов моего труда?:
□ да, в полной мере □ скорее да □ скорее нет □ нет

11. Начисление заработной платы (доплат, компенсаций, надбавок, стимулирующих выплат):
□ прозрачно и понятно □ скорее понятно □ скорее не понятно □ не прозрачно, не понятно

12. Вы считаете распределение стимулирующих выплат:
□ справедливым □ скорее справедливым □ скорее не справедливым □ не справедливым

13. Вы участвуете в распределении стимулирующих выплат:
□ да, всегда □ нет □ иногда

14. Если участвуете в распределении стимулирующих выплат, укажите причину:
□ это входит в мои должностные обязанности
□ являюсь представителем трудового коллектива в комиссии по распределению
□ другое_____

15. Выплаты премий:
□ регулярны □ не регулярны □ зависят от результата труда □ не зависят от результата

Приложение 2

Средние затраты времени на отдельные трудовые операции при постановке кардиорегистратора КТ04-АД-3: запись ЭКГ 3/12 каналов+запись измерений АД, реопневмограмма, датчик движения

Показатель	Затраты времени (минуты/секунды
Предварительная подготовка пациента:	**9/540**
Встреча (идентификация) пациента в кабинете	2/120
Знакомство пациента с правилами подготовки к исследованию	2/120
Объяснение пациенту правил поведения во время проведения исследования	2/120
Подготовка оборудования	3/180
Действия:	**45/2700**
Подготовка пациента к проведению исследования: знакомство с правилами ведения дневника, порядком проведения лестничной пробы, поведению при автоматическом измерении АД	5/300
Оформление договора безвозмездного пользования оборудованием	3/180
Знакомство пациента с техникой безопасности при использовании оборудования	2/120
Подготовка пациента непосредственно перед исследованием: обработка кожи пациента 70% этиловым спиртом	2/120
Установка оборудования, закрепление электродов на грудной клетке пациента, подключение программы «KTRegistrator-04», введение информации о пациенте, регистрация пациента, создание файла «Новое обследование», выбор «контроль ЭКГ», убедиться, что «канал для выделения QRS определен». Начать запись. Закрыть программу и выключить компьютер.	15/900
Завершение исследования: в программе «KTRegistrator-04», найти данные пациента, снять оборудование и подключить его для приема данных, затем «подтвердить номер файла», после завершения приема данных ввести рост, вес пациента, отсоединить оборудование от компьютера, выйти из программы «KTRegistrator-04». Далее работает врач по расшифровке	15/900
Окончание процедуры 1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить	3/180
Итого	54/3240

Приложение 3

Технологическая карта трудовых операций на кардиорегистраторе: запись ЭКГ 3/12 каналов+запись измерений АД, реопневмограмма, датчик движения

Показатель	Затраты времени (минуты/секунды)
Подготовка аппаратуры: аккумуляторов, кардиорегистратора, кабеля держателей электродов, электродов.	3 /180
Подготовка пациента непосредственно перед исследованием: обработка кожи пациента 70% этиловым спиртом	2/120
Установка оборудования, закрепление электродов на грудной клетке пациента, подключение программы регистрации и анализа данных, введение информации о пациенте, регистрация пациента, создание файла «Новое обследование», выбор «контроль ЭКГ», убедиться, что «канал для выделения QRS определен». Начать запись. Закрыть программу и выключить компьютер.	15/900
Завершение исследования: в программе регистрации и анализа найти данные пациента, снять оборудование и подключить его для приема данных, затем «подтвердить номер файла», после завершения приема данных ввести рост, вес пациента, отсоединить оборудование от компьютера, выйти из программы.	15/900
Обработка оборудования	3/180
Итого	38/2280

Приложение 4

Анкета
оценки удовлетворенности пациентов

Нам важно знать, как Вы оцениваете работу медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинскую помощь. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один из вариантов ответа на каждый вопрос.

Свое имя и адрес указывать не нужно, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе.

1. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

□ обращался (напишите месяц, год)_____ □ раньше не обращался в данную медицинскую организацию

2. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?

□ да □ нет □ не обращался

3. Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением плановой медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?

□ в день обращения, сразу
□ 1 день
□ до 7 рабочих дней
□ 7-14 рабочих дней
□ более 14 рабочих дней
□ не обращался

4. Каким из способов Вы предпочитаете записываться на прием к врачу ?

□ по телефону □ личное обращение в регистратуру □ через интернет
□ на прием к нужному мне врачу меня записал лечащий врач

5. Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?

□ практически не пришлось ожидать в очереди
□ да, пришлось ждать приема в очереди около _____ минут(ы)
□ затрудняюсь ответить

6. Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалета, питьевой воды, чистота и свежесть помещения)?

□ полностью удовлетворен □ частично удовлетворен □ скорее не удовлетворен
□ полностью не удовлетворен

7. Если Вам приходилось вызывать участкового врача на дом, то получили ли Вы необходимую помощь и консультацию в день вызова врача?

□ да □ нет, врач пришел на следующий день; □ нет, пришлось самостоятельно обращаться в медицинскую организацию; □ не возникало необходимости вызывать врача на дом

8. Проводились ли с Вами беседы по профилактике заболеваний и их обострений, профилактике вредных привычек и формированию здорового образа жизни:

□ постоянно □ иногда □ никогда □ затрудняюсь ответить

9. Испытывали ли Вы трудности при записи на обследования (УЗИ, эндоскопические исследования, ЭКГ и др.)

□ постоянно □ иногда □ никогда □ затрудняюсь ответить

10. И на лабораторные исследования (анализы)

□ постоянно □ иногда □ никогда □ затрудняюсь ответить

11. Поступали ли Вам от работников поликлиники активные предложения воспользоваться платными услугами

□ постоянно □ иногда □ никогда □ затрудняюсь ответить

12. Приходилось ли Вам финансово или иным способом стимулировать персонал поликлиники для улучшения качества работы

□ постоянно □ иногда □ никогда □ затрудняюсь ответить

13. Удовлетворены ли Вы приемом у врача? Оцените по 5-балльной шкале, где 1 - крайне плохо, а 5 – отлично (отметьте - v)

№	Работа врача и медицинской сестры	1	2	3	4	5
1	Вежливость и внимательность врача	крайне плохо	плохо	удовлетво-рительно	хорошо	отлично
2	Вежливость и внимательность медицинской сестры	крайне плохо	плохо	удовлетво-рительно	хорошо	отлично
3	Объем информирования и доходчивость разъяснений, рекомендаций и назначений	крайне плохо	плохо	удовлетво-рительно	хорошо	отлично
4	Уровень доверия к врачебному персоналу	крайне плохо	плохо	удовлетво-рительно	хорошо	отлично
5	Заинтересованность медицинского персонала в результатах лечения пациента	крайне плохо	плохо	удовлетво-рительно	хорошо	отлично

14. Удовлетворены ли Вы организацией оказания медицинской помощи?

□ полностью удовлетворен □ частично удовлетворен □ скорее не удовлетворен -

□ полностью не удовлетворен

15. Оцените доступность обращения к администрации учреждения при возникновении проблем с оказанием медицинской помощи (наличие графика приёма по личным вопросам у руководителя учреждения и его заместителей)

□ постоянно доступны □ иногда □ никогда □ затрудняюсь ответить

16. На Ваш взгляд, за последние годы изменилось ли обслуживание в Вашей поликлинике? Если «да», то в какую сторону?

Отношение к пациенту:

□ положительную □ отрицательную □ без изменений

Организация оказания медицинской помощи:

□ положительные □ отрицательные □ без изменений

Условия пребывания медицинской организации:

□ положительные □ отрицательные □ без изменений

17. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?

□ да □ нет □ затрудняюсь ответить

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ОПРОСЕ!

Приложение 5

Алгоритм расчета должностного оклада медицинского работника

1	Состав заработной платы	Коэффициент/ формула расчета
2	Размер базовой единицы	_____ руб.
3	Базовый коэффициент (уровень образования)	1,5 – диплом магистра, диплом специалиста 1,6 – диплом об окончании аспирантуры, адъюнктуры, ординатуры 1,3 для среднего медицинского персонала
4	Размер базового оклада, руб.	(гр. 2 х гр. 3)
5	Объем работы по данной должности	(1,0; 0,75; 0,5; 0,25) с указанием вида работы (основная, совместительство)
6	Размер базового оклада с учетом объема работы, руб.	(гр. 4 х гр. 5)
7	Стаж работы (лет, месяцев, дней)	
8	Коэффициент стажа работы	(определяется по числу полных лет) от 0,05 до 0,5
9	Размер повышения базового оклада в соответствии с коэффициентом стажа, руб.	(гр.6 х гр.8)
10	Коэффициент специфики работы от 0 до 1,5	0,4 для врачебного персонала 0,2 для среднего медицинского персонала
11	Размер повышения базового оклада в соответствии с коэффициентом специфики работы, руб.	(гр. 6 х гр. 10)
12	Наличие квалификационной категории, ученой степени (указать)	

13	Коэффициент квалификации, связанный с наличием квалификационной категории, ученой степени	Высшая категория от 0,2 до 0,3 1 категория от 0,1 до 0,2 2 категория от 0,05 до 0,15 к.м.н. 0,35 д.м.н. 0,4
14	Размер повышения базового оклада в соответствии с коэффициентом квалификации, связанные с наличием квалификационной категории, ученой степени, руб.	(гр. 6 х гр. 13)
15	Наличие почетного звания (указать наименование)	
16	Коэффициент квалификации, связанный с наличием почетного звания	Почетные звания РФ, СССР от 0,1 до 0,4 Ведомственные знаки отличия в труде от 0,1 до 0,15
17	Размер повышения базового оклада в соответствии с коэффициентом квалификации, связанным с наличием почетного звания, руб.	(гр.6 х гр.9)
18*	Группа по оплате труда руководителей	
19*	Коэффициент масштаба управления	От 0 до 1,0
20*	Размер повышения базового оклада в соответствии с коэффициентом масштаба управления, руб.	(гр. 6 х гр. 19)
21*	Уровень управления	
22*	Коэффициент уровня управления	От 0 до 1,0
23*	Размер повышения базового оклада в соответствии с коэффициентом уровня управления, руб.	(гр. 6 х гр. 22)
24	Итого месячный должностной оклад	(гр. 7 + гр. 10 + гр. 12 + гр. 15 + гр. 18 + гр. 21 + гр. 24)
25	Дополнительные сведения	

*для заведующих

Приложение 6

Пример хронометража дуплексного сканирования сосудов шеи (брахиоцефальных артерий)

Число замеров	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	…	…	…	29	30	средн ее
ФИО врача	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	Врач ФД	
Дата и время проведения хронометража	12.03.2019	14.03.2019	01.03.2019	26.03.2019	29.03.2019	01.04.2019	01.04.2019	02.04.2019	03.04.2019	04.04.2019	04.04.2019	05.04.2019	08.04.2019	08.04.2019	13.04.2019	16.04.2019	19.04.2019	
Сбор анамнеза	4'00"	1'55"	1'36"	1'05"	2'00"	2'15"	3'10"	2'45"	4'20"	3'45"	2'15"	5'01"	4'36"	3'36"	3'38"	2'10"	2'40"	3'30"
Проведение исследования	22'30"	28'39"	18'30"	34'33"	25'40"	20'25"	20'00"	20'30"	23'15"	20'40"	21'10"	19'45"	22'01"	21'09"	19'50"	23'10"	22'01"	21'10"
Одевание пациента	0'00"	0'42"	4'12"	5'25"	2'25"	2'50"	2'45"	3'10"	3'00"	2'15"	1'40"	2'38"	2'05"	3'08"	2'45"	3'00"	4'10"	2'50"
Обработка данных исследования, написание заключения, размещение в МИС	9'30"	15'31"	15'00"	20'00"	12'30"	14'15"	10'15"	10'30"	12'25"	12'04"	13'15"	14'01"	11'10"	10'45"	13'50"	12'05"	12'50"	13'10"
Обработка оборудования	6'00"	0'00"	1'00"	1'00"	1'00"	1'00"	1'00"	1'15"	1'05"	1'00"	1'10"	1'00"	1'15"	1'00"	1'15"	1'00"	1'15"	1'00"
Итого времени затрачено на проведение исследования	44'00"	45'70"	39'78"	61'63"	34'35"	40'45"	40'10"	38'10"	44'05"	39'04"	38'90"	41'85"	40'67"	37'98"	40'36"	41'25"	42'24"	40'00"
Хронометраж проводил (ФИО)																		

Приложение 7

Итоговые данные хронометражных замеров при постановке системы для внутривенных капельных вливаний в дневном стационаре поликлиники

Показатель	Затраты времени (минуты/секунды
Подготовка пациента:	**1,58 мин/95сек**
Встреча (идентификация) пациента в палате дневного стационара	0,33 мин/20 сек
Знакомство пациента с правилами пребывания в отделении	0,33 мин/20 сек
Объяснение пациенту правил поведения во время внутривенного введения лекарственных средств	0,33 мин/20 сек
Уложить пациента в удобную позу	0,5 мин/30 сек
Освободить место для пункции вены	0,08 мин/5 сек
Действия:	**42 мин/2490 сек**
Обработка рук медицинской сестры Дневного стационара	0,8 мин/48 сек
Определение места пункции вены	0,08 мин/5 сек
Обработка кожных покровов пациента	0,08 мин/5 сек
Введение лекарственного средства внутривенно капельно. Во время капельного введения лекарственных средств ведется наблюдение за общим состоянием пациента, за местом прокола вены, за током жидкости по трубкам; для введения дополнительно малых доз лекарственных веществ используется резиновый переходник, как вена, с соблюдением правил терапии. **Уточнить у пациента его самочувствие после завершения капельного введения лекарственных средств.** (ГОСТР 52623.4-2015 «Технология выполнения медицинских услуг инвазивных вмешательств»)	40 мин/2412 сек
Окончание процедуры 1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить (Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации. МУ.3.5.1. 3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи»)	0,33 мин/20 сек

Приложение 8

Пример стандартной операционной процедуры

Введение медицинского иммунобиологического препарата

СПБ ГБУЗ «Поликлиника № …»			
СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА (СОП)			
Название: ***Введение медицинского иммунобиологического препарата***			№ документа: … 5 листов Действительно до: изменений.
Составил: врач-методист			Утвердил: Главный врач
ФИО: …			ФИО: …
История редакции документа			
Версия	Описание изменений		Дата: 01.12.2019
01	Первичный документ		

1.Ответственные лица:

Заместитель главного врача по медицинской части СПБ ГБУЗ «Поликлиника №…»
Главная медицинская сестра СПБ ГБУЗ «Поликлиника №…»
Заведующая терапевтическим отделением СПБ ГБУЗ «Поликлиника №…»
Врач-эпидемиолог СПБ ГБУЗ «Поликлиника №…»
Определение: СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»; ГОСТ Р 52623.4 – 2015 «Технология выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств»;
Цель: упорядочение работы среднего медицинского персонала по введению медицинского иммунобиологического препарата;
Кем: медицинская сестра кабинета вакцинации, медицинская сестра выездной прививочной бригады;
Где: кабинет вакцинации (прививочный); оборудованный кабинет для выездной вакцинации;
Оснащение:

1. СИЗ: медицинский халат (костюм), маска, шапочка, очки при необходимости.
2. Нестерильные перчатки - 1
3. Манипуляционный столик - 1
4. Кушетка - 1
5. Лоток рабочий - 1
6. Шприцы 1-2 мл. - 1
7. Ампула с МИБП (количество зависит от назначения врача)
8. Спиртовые салфетки (сухие стерильные ватные шарики) - 3
9. Пинцет стерильный - 1
10. Кожный антисептик - 1

11. Ёмкость для мягких отходов класса Б - 1
12. Ёмкость для колющих отходов класса Б - 1
13. Ёмкости для отходов класса А - 1
14. Бактерицидный лейкопластырь, бинт - 1

Описание выполнения процедуры внутримышечного введения МИБП:

1. Подготовка к процедуре:

1.1 Поприветствовать пациента и пригласить войти.
Речевой модуль: «*Здравствуйте! Я медсестра прививочного кабинета ___ ФИО»*

1.2 Идентифицировать пациента, в соответствии с утвержденным алгоритмом;

1.3 Объяснить цель процедуры.
Речевой модуль: *Вам назначена вакцинация против _____. Манипуляция проводится в положении сидя или лежа. Оголите плечо, инъекция делается в дельтовидную мышцу. В ходе манипуляции Ваша рука должна быть расслаблена.*

1.4 Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа;

1.5 Достать из холодильника ампулу с МИБП, поместить на манипуляционный столик;

1.6 Проверить название, серию, номер, срок годности, оценить внешний вид ампулы;

1.7 Обработать руки гигиеническим способом, в соответствии с утвержденным алгоритмом;

1.8 Надеть нестерильные перчатки, в соответствии с утвержденным алгоритмом;

1.9 Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части;

1.10 Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу;

1.11 Набрать МИБП в шприц;

1.12 Выпустить воздух из шприца;

1.13 Поместить в рабочий лоток: шприц, спиртовые салфетки/ватные шарики.

2. Выполнение процедуры:

2.1 Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний во избежание возможных осложнений. Выбрать место инъекции;

2.2 Продезинфицировать место инъекции, путем протирания не менее чем двумя спиртовыми салфетками или шариками, смоченными кожным антисептиком;

2.3 При использовании сухих стерильных ватных шариков, их забор из упаковки проводить стерильным пинцетом;

2.4 Сбросить салфетки /шарики в ёмкость для отходов класса Б;

2.5 Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки;

2.6 Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем;

2.7 Ввести иглу быстрым движением под углом 90° на 2/3 её длины;

2.8 Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд

2.9 Ввести МИБП в мышцу;

2.10 Приложить на область инъекции стерильный ватный шарик, смоченный в 70% этиловом спирте и извлечь иглу быстрым движением;

2.11 Поместить иглу с помощью иглосъемника в твердый не прокалываемый контейнер для отходов класса «Б», шприц утилизировать в ёмкость для отходов класса «Б».

3. Окончание процедуры:

3.1. Уточнить у пациента о его самочувствии.
Речевой модуль: *«Как вы себя чувствуете, все ли в порядке?»;*

3.2 Оставить пациента под наблюдением в течении 30 минут;

3.2. Продезинфицировать путем протирания: рабочий лоток, манипуляционный столик;

3.3. Снять перчатки, поместить в ёмкость для отходов класса «Б», в соответствии с утвержденным алгоритмом;

3.4. Обработать руки гигиеническим способом в соответствии, с утвержденным алгоритмом;

3.5. Проконтролировать самочувствие пациента, по истечении 30 минут

Речевой модуль: «Как вы себя чувствуете, все ли в порядке?»;

3.6. Сделать отметку в соответствующем документе;

3.7. Попрощаться с пациентом.

Описание выполнения процедуры подкожного введения МИБП:

1. Подготовка к процедуре:

1.1 Поприветствовать пациента и пригласить войти.

Речевой модуль: «*Здравствуйте! Я медсестра прививочного кабинета ___ ФИО»;*

1.2 Идентифицировать пациента, в соответствии с утвержденным алгоритмом;

1.3 Объяснить цель процедуры.

Речевой модуль: *Вам назначена вакцинация против _____. Манипуляция проводится в положении сидя или лежа. Оголите плечо, инъекция делается подкожно (живая коревая, краснушная вакцины – в область плеча, АДСМ – подлопаточная область).*

В ходе манипуляции Ваша рука должна быть расслаблена;

1.4 Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа;

1.5 Достать из холодильника ампулу с МИБП, поместить на манипуляционный столик;

1.6 Проверить название, серию, номер, срок годности, оценить внешний вид ампулы.

Важно! Для живых вакцин: непосредственно перед использованием вакцину разводят растворителем. Вакцину растворяют, слегка покачивая, во избежание вспенивания. Вакцина должна раствориться в течение 3 минут;

1.7 Обработать руки гигиеническим способом, в соответствии с утвержденным алгоритмом;

1.8 Надеть нестерильные перчатки, в соответствии с утвержденным алгоритмом;

1.9 Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части;

1.10 Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу;

1.11 Набрать МИБП в шприц;

1.12 Выпустить воздух из шприца;

1.13 Поместить в рабочий лоток: шприц, спиртовые салфетки/ватные шарики.

2. Выполнение процедуры:

2.1 Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. Выбрать место инъекции;

2.2 Продезинфицировать место инъекции, путем протирания не менее чем двумя спиртовыми салфетками или шариками, смоченными кожным антисептиком;

2.3 При использовании сухих стерильных ватных шариков, их забор из упаковки проводить стерильным пинцетом;

2.4 Сбросить салфетки /шарики в ёмкость для отходов класса «Б»;

2.5 Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз;

2.6 Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем;

2.7 Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 ее длины;

2.8 Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд;

2.9 Ввести МИБП в подкожно-жировую клетчатку;

2.10 Приложить на область инъекции стерильный ватный шарик, смоченный в 70% этиловом спирте или спиртовую салфетку, извлечь иглу быстрым движением;

2.11 Иглу с помощью иглосъемника поместить в твердый не прокалываемый контейнер для отходов класса «Б», шприц утилизировать в ёмкость для отходов класса «Б».

3. Окончание процедуры:

3.1 Уточнить у пациента о его самочувствии;

3.2 Речевой модуль: «Как вы себя чувствуете, все ли в порядке?»;

3.3 Оставить пациента под наблюдением в течении 30 минут;

3.4 Продезинфицировать путем протирания: рабочий лоток, манипуляционный столик;

3.5 Снять перчатки, поместить в ёмкость для отходов класса Б, в соответствии с утвержденным алгоритмом;
3.6 Обработать руки гигиеническим способом в соответствии, с утвержденным алгоритмом;
3.7 Проконтролировать самочувствие пациента, по истечении 30 минут;
3.8 Речевой модуль: «Как вы себя чувствуете, все ли в порядке?»;
3.9 Сделать отметку в соответствующем документе;
3.10 Попрощаться с пациентом.

Управление несоответствиями

№ п/п	Несоответствие	Регламентируемые действия	Ответственный
1	Поломка иглы	Вводить иглу на 2/3 ее длины. Выполнять инъекции в положении больного лежа.	Медсестра прививочного кабинета
2	Попадание иглы в кровеносный сосуд	После введения иглы в мышцу оттянуть поршень кзади и убедиться в отсутствии крови в шприце.	Медсестра прививочного кабинета
3	Возникновение пост инъекционных осложнений у пациента (инфильтраты, абсцессы, гематомы)	Соблюдать правила асептики при выполнении инъекций. Не допускается многократное введение в одну и ту же мышцу.	Медсестра прививочного кабинета
4	Возникновение неотложных состояний у пациента	Оказание помощи при неотложных состояниях с использованием аптечки с необходимыми лекарственными средствами.	Медсестра прививочного кабинета; Старшая медсестра хирургического/терапевтического отделения
5	Возникновение аварийной ситуации (порезы, уколы, попадание биологических жидкостей)	Принять меры по предупреждению профессионального инфицирования с использованием аптечки для экстренной профилактики ВИЧ-инфекции (согласно алгоритму)	Медсестра прививочного кабинета

Чек-лист оценки медицинского вмешательства «Введение медицинского иммунобиологического препарата»

Дата:_____ФИО:_____

№ п/п	**Действия**	**Оценка правильности выполнении**	
		Да	**Нет**
1	Поприветствовать пациента, представиться		
2	Идентифицировать пациента		
3	Объяснить цель процедуры		
4	Предложить пациенту сесть на стул или лечь на кушетку		
5	Достать ампулу с МИБП из холодильника; проверить название, серию, номер, срок годности, оценить внешний вид ампулы. При необходимости развести с растворителем.		
6	Обработать руки гигиеническим способом,		
7	Надеть нестерильные перчатки		
8	Вскрыть ампулу, обработав шейку антисептическим раствором		
9	Собрать рабочий лоток: шприц, спиртовые салфетки		
10	Осмотреть место инъекции, продезинфицировать его		
11	Введение МИБП в соответствии с инструкцией по его применению		
12	Приложить спиртовой шарик/салфетку к месту инъекции		
13	Спросить пациента о самочувствии		
14	Иглу с помощью иглоотсекателя поместить в твердый не прокалываемый контейнер		
15	Шприц утилизировать в ёмкость для отходов класса Б.		
16	Продезинфицировать рабочий стол, лоток		
17	Снять и утилизировать перчатки		
18	Провести гигиеническую обработку рук		
Количество фактически набранных баллов			

Список лиц, прошедших инструктаж

№ п/п	Дата	Фамилия инструктируемого	Подписи	
			инструктируемого	инструктирующего

Приложение 9

Пример оценочных критериев врача-терапевта дневного стационара

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Критерии	Оценка (баллы)
1	Выполнение функции врачебной должности	%	100% и более от 95% до100% менее 95%	+7 +4 0
2	Дефекты оформления медицинской документации по Чек-листам внутреннего аудита	%	менее 10% от 10 до 30% 30 % и более	+5 +4 0
3	Дефекты оформления медицинской документации по актам МЭЭ и ЭКМП	да/нет	нет да	+5 0
4	Осложнения при проведении лечения	да/нет	нет да	+6 0
5	Дефекты оформления медицинской документации в виде СЭМД и ВИМИС	%	менее 10% от 10% до 20% 20% и более	+5 +2 0
6	Своевременная подпись медицинских документов ЭЦП	%	100% менее 99 %	+5 0
7	Наличие обоснованных жалоб на профессиональную деятельность и/или деонтологию	да/нет	нет да	+5 0
8	Нарушение санитарно-эпидемиологического режима по Чек-листам внутреннего аудита	да/нет	нет да	+5 0
9	Наличие категории согласно стажу работы	да/нет	да нет	+5 0
10	Нарушение правил внутреннего трудового распорядка, охраны труда, пожарной безопасности, непосещение врачебных конференций	да/нет	нет да	+2 0