

**Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-
биологического агентства»**

**Дифференцированная
оплата труда
В
здравоохранении**

УДК 338:614.257 (571)
ББК 51.1
Д 50

Рецензенты:

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор **Калиниченко А.В.**

Заведующая кафедрой экономики и управления в здравоохранении Новосибирского государственного медицинского университета, к.э.н., доцент **Аверьянова Т.А.**

Дифференцированная оплата труда в здравоохранении.

Д 50 Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Заиграев А.Л., Пушкарев О.В., Парамонова Л.В., Гендлин А.Ю. – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск – 2011.- 122 с.

ISBN 978-5-905601-04-0

В книге обобщен опыт применения дифференцированной оплаты труда органами управления и учреждениями здравоохранения Иркутской, Кемеровской, Московской, Новосибирской областей и других территорий. Приводятся основные понятия, связанные с оплатой труда, а так же конкретные рекомендации по ее начислению с учетом объема и качества выполненной работы. Представлено несколько вариантов (методик) расчета заработной платы, надбавок, чтобы читатели имели возможность выбора.

Рассчитана на организаторов здравоохранения, представителей финансово-экономических служб, бухгалтерий. Может использоваться в качестве учебного пособия для студентов и слушателей курсов повышения квалификации медицинских учебных учреждений.

УДК 338:614.257 (571)
ББК 51.1
Д 50

ISBN 978-5-905601-04-0

@ - ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России

СОДЕРЖАНИЕ

1. МОТИВАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ТРУДА	6.
2. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ ОБ ОПЛАТЕ ТРУДА	8
3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	13
4. ОТНОШЕНИЕ СОТРУДНИКОВ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЕ ТРУДА ...	18
5. РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СТАЦИОНАРЕ	19
6. КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ НАДБАВОК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛПУ. МЕХАНИЗМ РАСЧЕТА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ НАДБАВКИ	22
- Клиническое отделение	22
- Лабораторно-диагностическое отделение.....	28
- Лечебно-диагностическое отделение	31
- Механизм расчета дифференцированной надбавки	34
7. СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО, МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	35
8. ПОДРЯДНЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ ТРУДА	39
- Порядок оформления коллективного подряда. Взаимоотношения администрации и подрядного коллектива. Исчисление фонда заработной платы	39
- Учет рабочего времени и расчет КТУ некоторых категорий работников стационара.....	40
- Оплата дежурств врачей в стационаре.....	47
- Учет рабочего времени и расчет КТУ некоторых сотрудников амбулаторно- поликлинических учреждений и вспомогательных служб	49
- Учет рабочего времени и расчет КТУ сотрудников параклинических служб	54
- Контроль за качеством работы в подрядных коллективах	55
9. ЦЕЛЕВАЯ МОТИВАЦИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	56
- Оценке показателей деятельности и расчета размера стимулирующих выплат, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной помощи.....	57
- Учет, оценка показателей деятельности и расчета размера стимулирующих выплат участвующим в реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи	68
10. МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВЫПЛАТ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА НА ОСНОВЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАБОТНИКОВ.....	77
11. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	79
12. СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОНЯТИЙ И ТЕРМИНОВ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ В ТЕКСТЕ	95
13. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	97

МОТИВАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ТРУДА

Мотивация — это процесс, с помощью которого руководитель побуждает других людей работать для достижения организационных целей, тем самым удовлетворяя их личные желания и потребности. Даже если создается впечатление, что служащие работают только ради достижения общих целей организации, то все равно ведут они себя так потому, что уверены, что это лучший способ достижения собственных целей.

Некоторые руководители неправильно истолковывают крайне личностную природу мотивационного процесса. Они уверены, что их действия по постановке целей, управлению коллективом, выполнению различных заданий и соблюдению строгой дисциплины будут восприниматься подчиненными как достойный пример, и будут вдохновлять их на работу, отвечающую ожиданиям руководства. В коротком периоде может оказаться, что такое поведение руководства и является ключом к мотивации. Но вскоре менеджеры замечают, что их подчиненным не хватает вдохновения, ответственности и желания делать больше необходимого минимума. Как заметил один разочарованный в работе своих подчиненных менеджер: «Они делают не то, чего мы от них ждем, а то, за чем мы постоянно наблюдаем!».

Чего не мог понять этот, да и многие другие руководители, так это того, что отсутствие энтузиазма в работе чаще всего наблюдается там, где имеется недостаток личного интереса в работе. Сотрудники хотят иметь чувство «партнерства» в коллективе и с руководством. Им нужно понимать, как их личный успех связан с успехом коллектива, и они должны быть уверены, что дополнительная энергия, которую они добровольно вкладывают в работу, найдет отражение в той награде, которую они получают от администрации. Кроме этого, у них должны быть возможности почувствовать свою самостоятельность. В коллективе должны быть созданы условия, которые бы ориентировали сотрудников на эффективное трудовое поведение, включающие в себя следующее:

1. Любые действия должны быть осмыслены;
2. Люди хотят, чтобы их действия были важны для кого-то конкретно;
3. Каждый на своем рабочем месте хочет показать свои способности и свою значимость;
4. Каждый стремится выразить себя в труде;
5. Практически каждый имеет свою точку зрения на то, как можно улучшить свою работу, ее организацию;
6. Каждый сотрудник знает, как важен его труд для общего успеха;
7. Каждый человек стремится к успеху. Успех – это достижение цели;
8. Успех без признания приводит к разочарованию (необходимо признание и поощрение – материальное и моральное);
9. Люди негативно относятся к тому, чтобы решения об изменениях в их работе и рабочих местах принимались без учета их знаний и опыта;
10. Каждому требуется информация о качестве собственного труда. Рядовому работнику она нужнее, чем начальнику;
11. Каждая работа выигрывает от максимально возможной степени самоконтроля (контроль со стороны неприятен);
12. Повышенные требования, дающие шанс для дальнейшего развития, воспринимаются гораздо охотней, чем заниженные;
13. Сотрудники остро реагируют, если их старания и полученные ими результаты приводят к тому, что их загружают еще больше, особенно, если это не компенсируется

материально (так убивают инициативу);

14. Имеется свободное пространство для инициативы в организации своей деятельности, для индивидуальной ответственности работника.

Стимулирование - это метод воздействия на трудовое поведение работника опосредовано через его мотивацию. При стимулировании побуждение к труду происходит в форме компенсации за трудовые усилия. Воздействие через стимулы обычно оказывается сильнее прямого воздействия, но по своей организации оно сложнее последнего. Деление стимулов на «материальные» и «моральные» условно, поскольку они взаимосвязаны. Например, премия выступает и как акт признания по отношению к работнику, как оценка его заслуг, а не только материальное вознаграждение результатов труда. Иногда у работников ориентации на общение, принадлежность к определенному сообществу, престиж проявляются сильнее, чем ориентация на денежное вознаграждение. В социологии подход к трудовому стимулированию состоит в выделении и сопоставлении, с одной стороны, системы стимулов, с другой – системы мотивов и потребностей и потребностей, на удовлетворение которых направлены эти стимулы.

В той мере, в какой согласуются встречные потоки стимулов и мотивов, будет эффективным и стимулирование, и, наоборот, их рассогласованность снижает эффект стимулирования. Следовательно, одной из важных управленческих задач является обеспечение такого воздействия стимулов на мотивы (потребности), которое вызывало бы наиболее целесообразное для организации трудовое поведение работников.

Простая модель процесса мотивации имеет всего три элемента: потребности, целенаправленное поведение, удовлетворение потребностей (рис.1). Эти потребности представляют собой желание или стремление к определенному осязаемому или неосязаемому результату. Люди испытывают потребность в таких конкретных вещах, как одежда, дом, портфель ценных бумаг, большой офис и личная машина. Но они также нуждаются в таких «неосязаемых» вещах как чувство уважения, возможности личного роста и т. д.

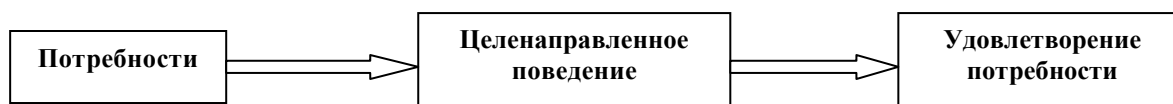


Рис. 1 Схема процесс мотивации

Пытаясь удовлетворить свои потребности, люди выбирают ту или иную линию целенаправленного поведения. Работа тоже представляет собой один из способов целенаправленного поведения.

Термин «удовлетворение потребностей» отражает позитивные чувства облегчения и благополучия, которые ощущает человек, когда его желание выполнено. Получив продвижение по службе, завершив выполнение какого-либо проекта, получив благодарность от коллег и прибавку к зарплате, люди обычно ощущают чувство удовлетворения.

В менеджменте придается большое значение различению уровней мотивации. **На уровне удовлетворительного поведения** сотрудники выполняют тот минимум, который будет приемлем для руководства. Некоторые из них очень искусно балансируют между желанием минимизировать количество и качество прилагаемых усилий и желанием избежать неприятностей. Некоторые менеджеры мотивируют сотрудников работать именно на таком уровне. Такие сотрудники убеждены, что их нынешняя работа, как и любая другая, — это простой обмен их времени и энергии на деньги, которые им необходимы для жизни. Если мотивация приняла такую форму, это сигнализирует о том, что попытки руководства помочь сотрудникам связать свои цели с целями организации окончились неудачей. Сотрудники, мотивируемые на этом уровне, скорее всего, будут не удовлетворены своей работой, администрацией, а отсюда низкое качество работы и недобросовестное отношение к исполнению своих обязанностей.

Однако для тех работников, чей уровень мотивации можно назвать адекватным, работа является более желанной частью жизни, приносящей награду и удовлетворение. Исследователи подсчитали, что сотрудники обычно не работают в полную силу и экономят около 20% своей энергии, а выкладываться на все 100% начинают лишь в том случае, если уверены, что их дополнительные усилия будут должным образом вознаграждены. На этом уровне ценность для работников имеет не только материальное поощрение, но и моральное. Задача администрации очевидна, предоставить персоналу возможность для удовлетворения полного спектра их потребностей в процессе работы в обмен на их энергию и навыки.

Деньги как мотиватор заслуживают особого внимания, т. к. очень много людей считают их универсальным средством удовлетворения потребностей с абсолютным мотивационным потенциалом.

Необходимо помнить несколько правил использования денег в качестве мотиватора:

1. Желанием получить деньги можно мотивировать (в определенное время) почти каждого человека;

2. Деньги не являются конечной целью, они лишь индикатор положения человека.

3. Людей интересует не столько абсолютное количество полученных ими денег, а денежное вознаграждение по сравнению с другими людьми.

4. Существует множество потребностей, которые нельзя удовлетворить с помощью денег. В таких случаях администрация должна искать более подходящие пути удовлетворения потребностей.

Еще Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г., провозглашена остающаяся актуальной до сегодняшнего дня цель: сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Достижение указанной цели может быть осуществлено при условии наиболее эффективного использования имеющихся материальных и трудовых ресурсов и создания механизмов экономической мотивации для субъектов системы здравоохранения, в первую очередь - медицинских работников.

Оплата труда работников здравоохранения в настоящее время не обладает достаточной стимулирующей функцией и не всегда обеспечивает воспроизводственную функцию заработной платы. Вместе с тем переход отрасли к финансированию, ориентированному на конечные результаты работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), настоятельно диктует необходимость повышения качества медицинской помощи. В результате этого, лечебные учреждения поставлены в условия, когда с одной стороны необходимо достижение определенных количественных и качественных результатов своего труда, с другой - заработная плата медицинских работников не зависит от конечных результатов, а определяется фактически отработанным временем. Отсюда следует, что система оплаты труда должна создавать заинтересованность медицинских работников в конечных результатах работы, обеспечивая баланс между уровнем их экономической мотивации и результатами профессиональной деятельности.

Изменения нормативно-правового характера в настоящее время позволяют руководителям ЛПУ разрабатывать и внедрять различные методы экономического управления. Одним из них является материальное стимулирование медицинских работников путем внедрения системы дифференцированной оплаты труда в зависимости от объема и качества медицинской помощи.

Разработка и внедрение системы дифференцированной оплаты труда (ДОТ) сопряжены с определенными экономическими, правовыми и организационными трудностями. Указанное обстоятельство не должно являться препятствием для внедрения этой системы в деятельность ЛПУ, поскольку подобные системы призваны решать главную задачу - улучшение качества медицинского обслуживания при материальной заинтересованности медицинских работников в результатах своего труда.

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ ОБ ОПЛАТЕ ТРУДА

Заработная плата - это форма материального вознаграждения за труд, поступающая в личное потребление работников в соответствии с трудовым вкладом.

Традиционно, выделяют следующие основные функции заработной платы.

1. Воспроизводственная функция является одной из самых основных и связана с достижением главной цели трудовой деятельности человека – обеспечением средств для существования. Это означает, что заработная плата должна обеспечивать удовлетворение хотя бы минимальных потребностей человека. В связи с этим минимальные уровни оплаты труда определяются в законодательном порядке.

2. Компенсирующая функция выражается в компенсации ущерба здоровью, вызванного вредными, тяжелыми и опасными условиями труда. Обеспечение данной функции выражается в установлении повышений в оплате труда (например, для медицинских работников, принимающих участие в лечении больных туберкулезом, венерическими заболеваниями, СПИД, с нарушением психики и т.д.).

3. Оценочная функция позволяет оценить размер трудового вклада каждого отдельного работника посредством определенных критериев.

4. Распределительная функция позволяет через определение размеров оплаты труда каждого работника распределить между ними фонд средств, выделенных на эти цели : фонд материального поощрения, фонд заработной платы и т.д.

5. Стимулирующая функция в настоящее время приобретает наиболее существенное значение, так как она призвана обеспечивать соответствие уровня оплаты объемам и качеству вложенного труда, нацеливая работников на достижение конечных результатов своей деятельности.

В производственных отраслях экономики страны затраты труда выражаются в количестве созданной продукции за единицу времени. Данный измеритель не может определить результат деятельности врача, целью которого является улучшение здоровья пациента. Понятие же «здоровье» трудно отразить в стоимостной форме, тем более что такой результат не всегда является конечной целью - существуют неизлечимые болезни, запущенные случаи. Умственные, физические, моральные затраты врача также трудно измерить. Иначе говоря, специфика профессии такова, что критерии результативности, эффективности труда врача объективно размыты. Несмотря на эти трудности, экономисты измеряют затраты труда врача, используя некоторые показатели, определяющие объем работы, рабочего времени и т.д.

В условиях рыночного хозяйствования существенно меняется и политика в области оплаты труда, материального поощрения и социальной поддержки работников.

Различают две основные формы заработной платы работников:

сдельная, когда в основу расчета берется объем работы и расценка за выполнение его единицы;

повременная, когда за основу берется тарифная ставка за час работы или оклад и отработанное время.

Выбор системы оплаты труда зависит от особенностей технологического процесса, форм организации труда, требований, предъявляемых к качеству продукции, выполняемых услуг, состояния нормирования труда и учета трудовых затрат.

СДЕЛЬНАЯ ОПЛАТА рассчитывается на основе количества оказанных медицинских услуг и затрат времени на их выполнение. В зависимости от способа организации труда (работы) сдельная оплата труда бывает **индивидуальной и коллективной**.

Индивидуальная оплата возможна на работах, где труд каждого работника подлежит точному учету. Вознаграждение зависит от количества изготовленной продукции (услуг) и сдельной расценки на единицу изделия (услуги). Если оказываемая услуга, в

частности медицинская, состоит из нескольких видов (частей), оплачивается каждая часть по установленной для нее расценке.

При **коллективной сдельной** оплате труда вознаграждение каждого работника зависит от результатов работы коллектива. При этом распределение коллективного заработка между отдельными работниками производится с учетом личного вклада каждого в общие результаты труда коллектива, чаще всего с помощью коэффициента трудового участия (КТУ).

Прямая сдельная расценка на единицу изделия (услуги) рассчитывается путем деления тарифной ставки разряда оплаты труда медицинского работника на соответствующую норму времени услуги.

Сдельно-прогрессивная: на каждую перевыполненную медицинскую услугу расценка берется выше. Иначе говоря, сдельно-прогрессивная система сочетает прямую сдельную с выплатами по повышенным расценкам в случае выработки сверх норм без снижения качества.

Сдельно-премиальная: кроме прямой сдельной начисляются премии за качество, объем и экономию ресурсов.

Аккордно-сдельная система устанавливает оплату за весь объем работы, а не за отдельную операцию, и премии за сокращение сроков.

Косвенно-сдельная оплата применяется для стимулирования труда вспомогательного персонала, обслуживающего основной технологический процесс (например, медсестры). Ставка вспомогательного работника умножается на средний процент выполнения норм основных работников, либо находится путем умножения косвенно-сдельной расценки на количество медицинских услуг, оказанных основным работником - врачом.

Введение сдельной оплаты труда в учреждениях здравоохранения преследует цель усиления заинтересованности работников в росте производительности труда и повышении качества выполняемых работ и проводится руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом. Сдельная оплата труда может вводиться в пределах фонда оплаты труда работников, для которых она применяется. Следовательно, сдельная форма оплаты труда может вводиться не в целом по учреждению, а для отдельных категорий (групп) работников. Для медицинских учреждений выделяют три категории работающего персонала:

непосредственные производители медицинских услуг (врачи, средний медицинский персонал и т.д.);

административно-управленческий персонал;

работники нечисленного состава (выполняющие работы по договорам).

Сдельные расценки устанавливаются исходя из расчета среднего тарифного коэффициента по группе работников, для которых устанавливается сдельная форма оплаты труда.

Повременная форма остается основой заработной платы работников бюджетной сферы и рассчитывается исходя из тарифной ставки за час работы или оклада за проработанное время, учтенное табелем. Она подразделяется на простую повременную и повременно-премиальную системы.

Простая повременная - расчет зависит от тарифной ставки или оклада и отработанного времени. Является распространенной системой оплаты труда для специалистов и служащих.

Повременно-премиальная: кроме простой повременной (тарифной ставки) предусматривается получение премии в процентах к окладу за достижение определенных количественных и качественных показателей.

Тарифная система оплаты труда представляет собой совокупность нормативов, с помощью которых осуществляются дифференциация и регулирование заработной платы в зависимости от качества, характера и условий труда. Она позволяет в определенной степени

учитывать различия в квалификации работников, сложность, степень ответственности и интенсификации их труда, условия, в которых этот труд протекает.

Кроме всего прочего выделяют **бестарифную систему оплаты труда**, которая учитывает квалификационный уровень работника, характеризующий фактическую продуктивность медперсонала.

В настоящее время здравоохранение представлено в основном бюджетными ЛПУ, где все названные системы оплаты труда ориентированы на заданные бюджетным финансированием подходы. Дополнительной к бюджетным средствам оплатой труда является часть дохода, полученного от оказания платных медицинских услуг. Кроме того, дополнительные выплаты могут формироваться за счет экономии фонда оплаты труда (дефицит кадров и др.), а также за счет средств обязательного медицинского страхования.

Кроме вышеназванных, выделяют **смешанную форму** оплаты труда. Она является наиболее современной, т.к. сочетает повременную и сдельную формы. Кроме того, она позволяет индивидуально подходить к оплате труда работников, гарантируя и обеспечивая лишь часть заработной платы.

Все вышеназванные формы и системы оплаты труда могут быть применены в бюджетной сфере здравоохранения, которая в этом смысле характеризуется следующими особенностями:

1. Заработная плата в здравоохранении состоит из должностного оклада (ставки), а также доплат и надбавок, предусмотренных действующим законодательством. Трудовые доходы регулируются налогами и максимальными размерами не ограничиваются.

2. Администрации краев, областей, городов, за счет средств соответствующих бюджетов, могут направлять средства на дополнительное увеличение должностных окладов (ставок), размеров и видов повышений, доплат и надбавок, сверх предусмотренных нормативными актами Правительства РФ;

3. Заработная плата руководителя медицинского учреждения зависит от его квалификационной категории и группы оплаты труда руководителей, к которой относится данное медицинское учреждение и устанавливается контрактом, который с ним заключает работодатель (администрация региона, муниципального образования, ведомства, которому принадлежит ЛПУ и т.д.).

Структура заработной платы представляет собой соотношение элементов, формирующих ее. Тарифная часть заработной платы имеет следующие характеристики.

Тарифные ставки представляют собой выраженный в денежной форме абсолютный размер оплаты труда различных групп рабочих в единицу рабочего времени (как правило, за месяц).

- единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих;
- Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих;
- государственных гарантий по оплате труда;
- базовых окладов (базовых должностных окладов), базовых ставок заработной платы по профессиональным квалификационным группам в сфере здравоохранения;
- перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях, предусмотренных федеральными законами и ТК РФ.

Для определения разряда оплаты труда медицинского работника необходим **сборник квалификационных характеристик**, определяющих объем профессиональных знаний и трудовых навыков, которыми должен обладать медицинский работник определенного разряда. С его помощью сопоставляются разнообразные виды работ по степени их сложности, уровню квалификации работников.

Надтарифная часть заработной платы представлена дополнительной оплатой и премиями.

Дополнительная оплата включает в себя:

Надбавки - это денежная компенсация более высокой интенсивности труда в связи с выполнением особо важных работ, стимулирование работников к повышению

квалификации, работе на постоянном месте и др.

К основным видам надбавок к заработной плате медицинских работников, относятся следующие:

- за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения;
- за условия труда;
- за применение в работе достижений науки и передовых методов труда;
- за высокие достижения в работе;
- за выполнение особо важных или срочных работ;
- за напряженность в труде и т.д.

Все виды надбавок начисляются на оклад без учета других повышений, надбавок и доплат. Надбавки стимулирующего характера предельными размерами не ограничиваются. Они устанавливаются на определенный срок, но не более 1 года, приказом по учреждению по согласованию с выборным профсоюзным органом на основании представления коллектива. Стимулирующие надбавки отменяются при ухудшении показателей в работе или окончании особо важных или срочных работ. Руководителям учреждений здравоохранения надбавки устанавливаются решением вышестоящего органа управления здравоохранением за работу, направленную на развитие учреждения, применение в практике учреждения передовых методов диагностики и лечения больных, новых лекарственных средств и медицинского оборудования.

Доплаты представляют собой компенсацию дополнительных трудовых затрат или работы в условиях, отличающихся от нормальных.

Работникам учреждений здравоохранения предусмотрены следующие виды доплат:

- за работу в ночное время;
- за работу сверх рабочего времени;
- за совмещение должностей;
- за работу в выходные и праздничные дни;
- за дежурство на дому в нерабочее время;
- гарантийные доплаты несовершеннолетним работникам в связи с сокращением их рабочего дня и др.

Перечень должностей работников, которым могут устанавливаться указанные доплаты, и размеры доплат определяются руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом. Во всех случаях доплаты к должностным окладам (ставка) работников предусматриваются в процентах, абсолютный размер каждой доплаты исчисляется из должностного оклада (ставки) без учета других надбавок и доплат.

Повышения окладов (ставок) также являются денежными компенсациями за неблагоприятные условия труда.

К основным видам повышений окладов работников здравоохранения относятся:

- повышения окладов специалистов, работающих на селе;
- повышение окладов при обслуживании определенных контингентов;
- повышения окладов в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда (для работников структурных подразделений по лечению больных СПИД, ВИЧ-инфицированных, больных туберкулезом, с нарушением психики и др.);
- повышения окладов работникам госпиталей для ветеранов войн и специальных отделений, центров восстановительной терапии для воинов-интернационалистов;
- для работников домов ребенка, школ-интернатов для детей-сирот и др.

Повышения окладов устанавливаются в процентном отношении к окладу. Абсолютный размер каждого повышения исчисляется из оклада (ставки) без учета других повышений, надбавок и доплат.

Как указывалось выше, одним из элементов надтарифной части заработной платы является **премия**. Премии могут выражаться в двух основных формах:

- поощрение за особые заслуги или определенные достижения результатов труда

в рамках системы оплаты труда;

- награждение отличившихся работников вне системы оплаты труда.

Премирование возможно тогда, когда используемая система оплаты труда не предусматривает оценку индивидуального трудового вклада работника и не несет определенной стимулирующей функции. В лечебном учреждении должно быть разработано и утверждено положение о премировании, содержащее в себе конкретные условия и показатели, при которых возможно премирование и депремирование медицинских работников. Положение утверждается руководителем ЛПУ по согласованию с выборным профсоюзным органом. В положении о премировании учреждения здравоохранения предусматриваются показатели премирования как по структурным подразделениям (исходя из показателей деятельности подразделения), так и по отдельным должностям, исходя из утвержденных показателей деятельности работников этих должностей. Размер премии предельными размерами не ограничивается.

В принципе, премирование работников здравоохранения прежде всего должно быть направлено на повышение материальной заинтересованности работников в оказании качественной медицинской помощи населению, в достижении наилучших результатов труда. Премия не всегда носит регулярный характер, а выплачивается по мере достижения каких-либо конкретных результатов труда. Лишение премии или снижение ее размера (депремирование) возможно только по основаниям, указанным в Положении о премировании, утвержденном в учреждении. Премии выплачиваются за счет премиального фонда, входящего в состав фонда заработной платы, который создается в учреждении за счет средств различных источников финансирования (платная медицинская деятельность, средства ОМС, бюджетные средства и др.).

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1. Нормативно-правовое обеспечение и основные принципы внедрения стимулирующих форм оплаты труда

В условиях децентрализации управления отечественным здравоохранением в настоящее время многие функции управления переданы на местный уровень и непосредственно в ЛПУ, руководители которых вправе самостоятельно принимать многие решения в рамках действующего законодательства. Одним из механизмов реализации указанных прав является использование в деятельности лечебных учреждений экономических методов управления, к числу которых относится стимулирование конечных результатов профессиональной деятельности медицинских работников посредством дифференцированной оплаты труда, которая регламентирована рядом законодательных актов, а также ведомственных нормативных документов.

В соответствии с законодательством о труде администрация предприятия, учреждения, организации совместно с советом трудового коллектива и соответствующим выборным профсоюзным органом вправе устанавливать за счет собственных средств дополнительные по сравнению с законодательством трудовые и социально-бытовые льготы для работников коллектива или отдельных категорий работников.

Руководство лечебного учреждения имеет право самостоятельно устанавливать систем оплаты труда и форм материального поощрения, утверждать положение о премировании и выплате вознаграждения по итогам работы за год по согласованию с соответствующим профсоюзным органом».

Медицинскому работнику должен гарантироваться какой-то уровень оплаты труда вне зависимости от того, используются ли механизмы экономического стимулирования его труда или нет.

Минимальный возможный уровень оплаты труда регулируется положениями

соответствующих законов, согласно которым, месячная оплата труда работника, отработавшего полностью определенную на этот период норму рабочего времени и выполнившего свои трудовые обязанности (нормы труда), не может быть ниже установленного минимального размера оплаты труда. Однако этот минимум повышается в рамках отраслевых соглашений, положений, нормативных актов и т.д.

До введения обязательного медицинского страхования (ОМС) потенциально возможным источником дополнительного материального стимулирования медицинских работников являлся бюджет, использование средств которого для этих целей было возможным лишь за счет экономии фонда оплаты труда. Правовыми предпосылками для использования данного источника для дополнительного стимулирования явились следующие ведомственные нормативные документы. Приказ МЗ СССР от 10.02.88 г. № 90 «О расширении прав руководителей учреждений здравоохранения» гласит: «Руководителям учреждений здравоохранения, исходя из производственной необходимости, разрешено усиливать отдельные структурные подразделения или вводить должности, не предусмотренные для них действующими штатными нормативами, за счет должностей других структурных подразделений в пределах установленных учреждению численности должностей и фонда заработной платы, при этом допускается замена должностей в любом порядке». Произведенные изменения вносятся в штатное расписание без согласования с вышестоящим органом здравоохранения. Единственным условием является то, что замена должностей работников учреждения может осуществляться только в пределах одной категории персонала (медицинского или административно-управленческого и хозяйственно-обслуживающего персонала). Указанное право предоставлено руководителям учреждений исключительно для улучшения лечебно-диагностического процесса и его использование, не должно приводить к ухудшению качества оказания медицинской помощи населению.

Совместное письмо Министра здравоохранения СССР и Министра финансов СССР от 03.01.89 № 01-14/1-24 «О правах руководителей учреждений здравоохранения по установлению штатов» содержит в себе следующие положения: штатные нормативы медицинского персонала и типовые штаты руководящих работников, специалистов, служащих и рабочих учреждений здравоохранения, утвержденных МЗ СССР, служат методическим пособием в этой работе и не ограничивают права руководителей, в установлении структуры учреждения и численности должностей работников, предусмотренных номенклатурой.

В приказе МЗ СССР от 05.07.88 № 528 «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения»...говорится: «предоставить, начиная с 1989 г., право утверждать: руководителям учреждений здравоохранения - штатные расписания учреждений в пределах установленного планового фонда оплаты труда, а также смету их расходов в пределах выделенных ассигнований на текущее содержание и вносить в нее изменения, за исключением расходов на заработную плату, питание и медикаменты». Это означает, что руководитель имеет право вносить изменения в штатное расписание за счет интенсификации труда и замены одних должностей другими. Сэкономленные бюджетные средства в данном случае могут быть использованы на оплату труда медицинского персонала, который выполняет дополнительный объем работы. Формы распределения этих средств могут быть самыми разными (индивидуальный или коллективный подряд и т.д.). При этом дополнительная оплата труда должна носить стимулирующий характер.

Медицинское страхование создало предпосылки к переходу здравоохранения к рыночным отношениям. Возникшие условия, для экономических методов управления в здравоохранении, создают возможность для усиления стимулирующей функции заработной платы при условии рационального хозяйственного механизма и адекватной оценки индивидуального трудового вклада. Несмотря на все трудности, социально-экономического характера, в настоящее время имеются все необходимые права и возможности для внедрения

стимулирующих систем оплаты труда в здравоохранении.

Теперь остановимся на нормативно-правовом внутриучрежденческом обеспечении внедрения системы дифференцированной оплаты труда в ЛПУ. Это требует серьезной подготовительной и организационной работы. На начальном этапе должен быть сформирован и утвержден пакет необходимых документов.

Первоочередное внимание должно быть уделено **Уставу лечебного учреждения**, поскольку он является основным документом, определяющим деятельность ЛПУ. В Уставе наряду с другими должны быть отражены вопросы, связанные с оплатой труда сотрудников. Если в лечебном учреждении предусматривается стимулирующая система оплаты труда, то ей должен быть посвящен специальный раздел и разработано соответствующее положение.

Положение об оплате труда является основным внутриучрежденческим нормативным документом, регламентирующим условия оплаты труда работников данного ЛПУ. В Положении указывается установленный порядок оплаты труда работников с учетом специфики лечебного учреждения. В учреждении могут быть приняты как Единое положение, так и несколько положений, регулирующих вопросы оплаты труда различных категорий работников. Для принятия Положения создается рабочая группа, которая может включать: заместителей главного врача (по экономическим вопросам; организационно-методической работе; лечебной работе), главного бухгалтера; главную медицинскую сестру; юрисконсульта; представителя профсоюза и т.д. Положение принимается большинством голосов на собрании трудового коллектива. Об изменении системы оплаты труда сотрудники медицинского учреждения предупреждаются за 2 месяца до ее введения. Положение утверждается приказом руководителя данного учреждения. Положение должно содержать следующие моменты.

1. Наименование медицинского учреждения.
2. Должность, Ф.И.О. руководителя, утверждающего положение.
3. Дата подписания (утверждения положения).
4. Дата вступления в действие и срок действия.
4. Данные об уполномоченном органе, с которым согласовано положение.
5. Наименование Положения (например, Положение о дифференцированной оплате труда медицинских работников в зависимости от объема и качества).
7. Юридические основы, на которых строится Положение (постановления правительства, приказы МЗ и т.д.).
8. Цели и задачи разработки Положения.
9. Взаимодействие данного Положения с другими локальными актами (положениями, приказами и т.д.).
10. Источники средств для оплаты труда.
11. Формируемые из полученных доходов фонды: заработной платы, материального поощрения, социального развития и т.д.
12. Круг лиц, на которых распространяется Положение.
13. Система оценки деятельности подразделения или конкретных работников.
14. Система контроля качества.

Работники должны быть поставлены в известность о существовании Положения и ознакомлены с его содержанием. При этом не должны нарушаться их права и свободы. Кроме того, Положение не должно содержать незаконно возложенных на работника функций или обязанностей, а также незаконно привлекать работников к какой-либо ответственности.

Об изменении существенных условий труда - систем и размеров оплаты труда, льгот, режима работы, установлении или отмене неполного рабочего дня, совмещения профессий, изменении разрядов и наименования должностей и других - работник должен быть поставлен в известность не позднее чем за два месяца.

Администрация вправе самостоятельно определять механизм материального стимулирования, что также должно найти свое отражение в Положении. Кроме того, в

Положения должны быть закреплены полномочия различных должностных лиц по реализации указанной системы (функциональные обязанности). Положение об оплате труда должно быть экономически и юридически грамотным, так как это позволит не только избежать конфликтов, но и достигать главных целей ЛПУ, ради которых организована стимулирующая система оплаты труда. После утверждения Устава и Положения руководитель лечебного учреждения должен издать **организационный приказ** о введении системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов их деятельности. В приказе должны быть указаны сроки перехода на новую систему оплаты труда, структурные подразделения, которые переводятся на новые условия работы, ответственные лица и т.д. Каждый работник лечебного учреждения должен быть ознакомлен с данным приказом под роспись.

Поскольку введение новой формы оплаты труда требует четкого знания всеми медицинскими работниками своих функциональных обязанностей, прав и требований, предъявляемых к ним, в лечебном учреждении должны быть разработаны и утверждены **должностные инструкции**, в которых необходимо отразить виды и объем работы, количественные и качественные показатели, условия поощрения и наказания. Во избежание конфликтных ситуаций, каждый работник ЛПУ обязан ознакомиться с ними под роспись.

Кроме прочих нормативных документов разрабатываются **Положения о структурных подразделениях ЛПУ**. Эти Положения должны содержать сведения о задачах подразделений, вопросы управления, особенности работы в новых условиях оплаты труда, взаимоотношения с другими структурными подразделениями, критерии оценки деятельности отдельных работников и подразделения в целом, условия поощрения за хорошую работу и наказания за дефекты.

Одним из обязательных условий внедрения системы дифференцированной оплаты труда является подписание **трудового договора (контракта)**, который фиксирует все условия оплаты труда и является соглашением между трудящимися и предприятием, учреждением, организацией, по которому трудящийся обязуется выполнять работу по определенной специальности, квалификации или должности с подчинением внутреннему трудовому распорядку, а предприятие, учреждение, организация обязуется выплачивать трудящемуся заработную плату и обеспечивать условия труда, предусмотренные законодательством о труде, коллективным договором и соглашением сторон.

Это далеко не полный перечень документов, регламентирующих дифференцированную оплату труда медицинских работников. На практике может возникнуть необходимость в разработке каких-либо иных документов, что обусловлено спецификой конкретного ЛПУ. Следует отметить, что вся документация должна оформляться грамотно и в рамках действующей нормативно-правовой базы, что позволит избежать конфликтных ситуаций, судебных споров, а в случае их возникновения иметь обоснованные аргументы.

Целью внедрения системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества медицинской помощи является улучшение качества медицинского обслуживания населения за счет повышения эффективности деятельности медицинского персонала и лечебного учреждения в целом.

Материальное стимулирование медицинских работников ЛПУ может осуществляться тремя основными путями.

1. Стимулирование количественных показателей деятельности (число койко-дней, пролеченных больных, оказанных медицинских услуг и т.д.).
2. Стимулирование качественных показателей деятельности (уровень качества лечения, снижение количества осложнений в результате лечения, удовлетворенность пациентов и т.д.).
3. Стимулирование количественных и качественных показателей деятельности.

Последние два направления являются наиболее предпочтительными, но и наиболее сложными в плане реализации. Для разработки и внедрения в работу ЛПУ системы

дифференцированной оплаты труда медицинских работников необходимо придерживаться следующих основных принципов:

во-первых, система оплаты труда должна совпадать с основными целями ЛПУ: увеличение объемных и качественных показателей деятельности, обеспечение социальной защищенности медицинских работников, сохранение кадров и т.д.;

во-вторых, для реализации дифференцированной оплаты труда необходимо формирование фонда материального поощрения (ФМП), который призван обеспечивать стимулирующую функцию заработной платы;

в-третьих, реальная наполняемость фонда материального поощрения возможна лишь при максимальном использовании внебюджетных источников финансирования (в первую очередь средств обязательного медицинского страхования и средств платной медицинской деятельности);

в-четвертых, дифференциация в уровнях оплаты труда должна сопрягаться со способом оплаты медицинской помощи и, соответственно, ориентировать медицинских работников на показатели, определяющие объем финансирования медицинского учреждения;

в-пятых, дифференцированная оплата должна носить характер двусторонней экономической мотивации, то есть предполагать не только поощрение за хороший и качественный труд, но и наказание за дефекты в работе;

в-шестых, фонд материального поощрения должен включать в себя средства для стимулирования всех структурных подразделений ЛПУ, включенных в лечебно-диагностический процесс, что позволяет обеспечивать сквозной принцип формирования заработной платы. Непосредственный производитель медицинской услуги (отделение, кабинет и т.д.) должен **рассчитаться** с участниками из других структурных подразделений, трудовой вклад которых содержится в реализованной услуге;

в-седьмых, при дифференцированной системе оплаты труда в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи необходим персональный учет трудового вклада каждого отдельного работника, что повышает уровень индивидуальной ответственности и заинтересованности.

Существует два подхода к распределению доходов медицинского учреждения для формирования фонда оплаты труда (в состав которого входит фонд материального поощрения).

1. Первоочередное отчисление от доходов в фонд оплаты труда с последующим возмещением других материальных затрат ЛПУ.

2. Формирование фонда оплаты труда по остаточному принципу, то есть первоочередное возмещение материальных затрат.

Первый подход наиболее часто используется тогда, когда ограничены возможности влияния на уровень материальных затрат, а также наибольшую значимость приобретает объем оказанных услуг. При втором подходе определяющую роль играет способ финансирования медицинской помощи, который, по существу, определяет механизм и особенности поступления финансовых средств.

Иногда устанавливают единые нормативы отчислений на возмещение материальных затрат от полученных доходов, тем самым облегчая задачу распределения средств. Однако при таком подходе не учитываются различия в окладах работников и фондах заработной платы. Отсюда возникает противоречие, выражающееся в разновыгодности тарифов на оказание медицинской помощи для врачей. По существу, тариф должен определять уровень доходов лечебного учреждения в целом, а не отдельного работника.

Источником заработной платы в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) является фонд оплаты труда, который формируется из доходов, полученных в соответствии с принятым способом оплаты медицинской помощи по утвержденным нормативам. Доходы, полученные за оказание медицинской помощи,

являются доходами ЛПУ, а не медицинского работника. Последний получает заработную плату исходя из средств дохода, полученного за оказание медицинской помощи. Начисляемая (гарантированная) заработная плата не всегда находится в зависимости от величины дохода ЛПУ в целом. В ряде случаев понятие «фонд заработной платы» подменяется понятием «фонд оплаты труда» или воспринимается как одно и то же, в связи с этим необходимо уточнение.

Фонд оплаты труда (ФОТ) в зависимости от источника финансирования формируется различными способами. При бюджетном финансировании ФОТ определяется штатным расписанием и тарификацией медицинских работников.

В условиях ОМС - совокупность средств на заработную плату определенного коллектива (учреждения в целом или структурного подразделения), сформированных по нормативу от дохода и полученных в соответствии с определенным способом финансирования. Аналогичным образом рассчитывается ФОТ и при оказании платных медицинских услуг.

Фонд заработной платы (ФЗП) при финансировании из бюджета и средств ОМС - это плановый или фактический фонд средств, необходимый на оплату труда в соответствии с тарификацией медицинских работников занятых должностей. Таким образом, ФЗП является составной частью ФОТа.

Из данных выше определений становится понятным, что источником средств для дополнительного стимулирования медицинских работников в условиях ОМС является разница между фондом оплаты труда и фондом заработной платы. Фонд оплаты труда является результатом зарабатывания денежных средств лечебным учреждением в условиях обязательного медицинского страхования, где работает принцип: «деньги следуют за пациентом». В пределах сформированного фонда оплаты труда администрация лечебного учреждения вправе самостоятельно и в установленном порядке определять порядок и условия оплаты труда. Естественно, что не все доходы лечебного учреждения полностью идут на оплату труда. Прежде чем его сформировать, необходимо распределить весь доход лечебного учреждения на целый ряд других нужд. В первую очередь необходимо сформировать резервный фонд, а затем оставшуюся часть дохода распределить по статьям, входящим в состав тарифа в принятых пропорциях.

Фонд оплаты труда делится на следующие основные фонды:

- фонд оплаты труда основного персонала;
- фонд оплаты труда персонала параклинических подразделений;
- фонд оплаты труда персонала вспомогательных подразделений;
- фонд оплаты административно-хозяйственного и управленческого персонала;
- фонд оплаты отпусков;
- фонд материального поощрения

Условия формирования перечисленных фондов могут быть изложены в специально разработанных положениях либо сосредоточены в едином положении об оплате труда медицинского персонала лечебного учреждения. Для материального стимулирования медицинского персонала ЛПУ, как указывалось выше, необходим фонд материального поощрения, который:

во-первых, должен быть определенным способом сформирован;

во-вторых, необходим механизм распределения фонда материального поощрения между конкретными работниками.

Эффективность материального стимулирования медицинских работников зависит именно от обозначенных выше позиций. Наиболее упрощенной схемой исчисления процента дохода, идущего на заработную плату отделения является разность между плановым фондом заработной платы и плановым размером дохода отделения. Плановый фонд заработной платы определяется на основании тарификации работников. Плановый размер дохода определить достаточно сложно в связи с дифференциацией случаев обслуживания по нозологиям, по клинико-статистическим группам, степени тяжести заболевания, наличием

или отсутствием операции и т.д. В данном случае можно использовать соотношение фактического дохода к проценту выполнения плана.

На наш взгляд, наиболее правильным будет задействовать все возможные источники (смешанное финансирование) для формирования фонда материального поощрения, так как в условиях крайней ограниченности финансовых ресурсов в здравоохранении прогнозировать стабильное поступление даже заработанных средств крайне сложно. Кроме бюджетных средств и средств ОМС можно использовать прибыль лечебного учреждения, полученную от оказания платных медицинских услуг (ПМУ). Уменьшение доходов из одного источника, может компенсироваться доходами другого и в конечном счете не сказываться на объемах финансовых средств, формирующих фонд материального поощрения.

ОТНОШЕНИЕ СОТРУДНИКОВ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЕ ТРУДА

Как показали проведенные исследования (В.М.Чернышев, А.Н.Лайвин, 2002), подавляющее большинство опрошенных (83,9%) положительно оценивают использование в здравоохранении дифференцированной оплаты труда, отрицательно - лишь 2,1%. Наиболее активно его поддерживают руководители структурных подразделений (97,6%), так как именно коллективный подряд (КП) позволяет эффективно управлять коллективом.

Такое же отношение выявлено среди большинства врачей (86,0%) и средних медицинских работников (88,1%). Отрицательную оценку дали лишь 1,6% врачей, возможно это те из них, у которых в условиях КП снизилась заработная плата.

В связи с возможностью самостоятельно распоряжаться фондом оплаты труда при достижении положительных результатов в работе 85,4% респондентов считают ДОТ демократичной. Из числа руководителей структурных подразделений в этом уверены 95,0%, среди врачей – 80,9%, среди среднего медицинского персонала – 82,2%. Скорее всего, это обусловлено активным участием членов коллектива в формировании заработной платы каждого сотрудника и обеспечения, таким образом, более справедливого вознаграждения за труд. Только 2,0% респондентов убеждены в недемократичности данной формы организации и оплаты труда.

Одним из признаков демократии, активного участия сотрудников в управлении является привлечение их к распределению заработной платы, при этом предполагается достижение большей справедливости при ее начислении.

Около 82,4% респондентов отмечают, что улучшился психологический климат в коллективе, либо остался без изменения, 2,6% - считают, что он ухудшился.

Повышение дисциплины отмечают 68,8% респондентов, 21,8% -убеждены, что она не изменилась.

Более половины респондентов (64%) считают, что подрядные формы организации и оплаты труда способствуют экономии личного времени, 77,8% - отмечают увеличение физической, а 59,4% психологической нагрузки.

Кроме демократизации управления КП обеспечивает более справедливую оплату труда, что отметили 82,8% респондентов, в этом уверены 93,0% руководителей, 77,0% врачей и 78,5% среднего персонала.

Большинство респондентов (90,2%) отметили стимулирующую роль подряда в повышении профессионального уровня, эту точку зрения разделяют 85% врачей и 92,6% средних медицинских работников.

Проведенный социологический опрос выявил в целом положительное отношение медицинских работников к использованию в здравоохранении сдельных форм оплаты труда, которые нуждаются в совершенствовании и более широком привлечении персонала к распределению заработной платы в коллективах. 51,3% респондентов указали, что недостатков практически нет. Почти 24% руководителей ЛПУ рассматривают эту систему как «потогонную», но с ними солидарны лишь каждый десятый врач и медицинская сестра,

т.е. те, кого непосредственно она касается, кто работает в этой системе.

Коллективный подряд во всех его формах является наиболее эффективным методом управления, позволяет совершенствовать оплату труда с учетом его количества и качества, стимулирует повышение профессионализма и производительности труда. Кроме того, он позволяет увеличить заработную плату, обеспечить справедливое распределение вознаграждения за труд.

Обращает на себя внимание единодушие опрошенных в готовности продолжить работу в условиях коллективного подряда. 89,7% респондентов высказались в его поддержку, лишь 1,5% средних медицинских работников готовы отказаться от него.

Таким образом, одним из важнейших условий успешного функционирования ЛПУ является обеспечение материальной заинтересованности в результатах своего труда, как всего коллектива, так и отдельных работников. Только через наиболее полное удовлетворение индивидуальных интересов может и должно обеспечиваться удовлетворение интересов коллектива, общества. По мере роста производительности труда и обеспечения достаточного качества, должны расти уровень оплаты труда сотрудников и доходы учреждения.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СТАЦИОНАРЕ

Основными задачами введения системы дифференцированной оплаты труда на уровне учреждения являются:

- стабильное функционирование учреждения в современных условиях за счет оказания востребованного объема медицинских услуг максимально возможного качества;
- повышение уровня социальной защищенности членов коллектива, поддержание благоприятного психологического климата путем достижения объективности и справедливости в вопросах оплаты труда;
- повышение удовлетворенности пациентов от взаимодействия со службами учреждения;
- повышение социальной, медицинской и экономической эффективности деятельности учреждения здравоохранения.

При внедрении дифференцированной оплаты труда (ДОТ) важным является формирование фондов оплаты труда (ФОТ) и материального поощрения (ФМП), достаточного для выплат стимулирующего характера.

Как указывалось ранее, фонд оплаты труда (ФОТ) может формироваться из следующих основных источников:

- средств бюджета в пределах планового фонда заработной платы на основе тарификации работников и утвержденной сметы расходов на отчетный год;
- средств, полученных в соответствии с договорами на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию за оказанные услуги в рамках территориальной программ обязательного медицинского страхования (ОМС);
- средств, полученных от платной медицинской деятельности.

Фонд оплаты труда включает:

- фонд заработной платы (ФЗП);
- фонд материального поощрения (ФМП).

Поскольку ФМП является составной частью ФОТ, то в принципе он образуется за счет тех же источников.

Но механизмы формирования ФМП из того или иного источника различны.

1. Бюджетные средства

Руководителям учреждений здравоохранения предоставлено право утверждать

штатные расписания учреждений в пределах установленного планового фонда оплаты труда. Внесение в штатное расписание изменений, направленных на интенсификацию труда конкретных подразделений, служб, (внутреннее совмещение, подрядные формы организации и оплаты труда и др.) позволяет сэкономить средства ФОТ. Эти средства и могут являться одним из источников формирования ФМП, который в последующем подлежит распределению в соответствии с действующей системой дифференцированной оплаты труда.

2. Средства обязательного медицинского страхования

Для каждого отделения, работающего в условиях ОМС, на основании утвержденных показателей работы койки рассчитывается плановый доход. Соответственно устанавливается и норматив образования ФОТ как процент заработной платы от суммы доходов по выставленным счетам-реестрам за пролеченных пациентов. Фактический доход рассчитывается путем корректировки планового дохода на процент выполнения плана койко-дней. При этом пропорционально корректируется и размер ФОТ за данный отчетный период (месяц).

ФМП формируется как разница между ФОТ и плановым ФЗП по тарификации.

Экономические санкции к учреждению со стороны страховых медицинских организаций по результатам вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи учитываются следующим образом:

- если факт наложения санкций связан с неудовлетворительной работой подразделения, то его ФМП уменьшается на сумму санкций в периоде, следующем за отчетным (поскольку вневедомственная экспертиза чаще всего проводится ретроспективно на основании анализа карт стационарного больного выписавшихся пациентов);

- если факт наложения санкций не связан с работой отделения, то они покрываются за счет средств единого фонда финансовых средств ЛПУ.

3. Средства, полученные от платной медицинской деятельности

В структуру стоимости платной медицинской услуги закладывается определенная рентабельность, что предусматривает получение учреждением прибыли от платной медицинской деятельности. В выборе конкретных направлений использования средств прибыли приоритет принадлежит администрации учреждения. Помимо прочего эти средства полностью или частично могут быть направлены на формирование фонда материального поощрения.

Указанные источники являются не альтернативными, а взаимодополняющими, при этом удельный вес каждого источника в структуре ФМП может варьировать, их соотношение зависит от конкретных условий деятельности ЛПУ. Снижение доходов по одному из указанных источников компенсируется за счет других.

Существуют различные причины снижения доходов из различных источников:

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

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

Для стабильного функционирования системы дифференцированной оплаты труда размер ФМП должен поддерживаться на определенном уровне, что возможно лишь при использовании всех возможных источников.

В качестве критериев, применяемых для определения размера надбавок, предлагаются количественные и качественные показатели деятельности заведующего отделением, врача, старшей медицинской сестры, медицинской сестры и отделения в целом.

При выборе показателей учитывается следующее:

- показатели оценки деятельности медицинского работника должны быть понятны

ему;

- показатели, по которым оценивается труд работника, должны зависеть непосредственно от его деятельности;

- планируемые уровни показателей, а также соответствующие им размеры надбавки должны быть составлены, утверждены и доведены до сведения работников;

- подлежащие стимулированию показатели должны сопрягаться с задачами учреждения (например, при способе оплаты медицинской помощи по количеству проведенных койко-дней одним из наиболее значимых показателей становится выполнение плана койко-дней).

- показатели должны поддаваться количественному учету с целью повышения объективности путем использования средств вычислительной техники.

В основе предлагаемой системы контроля качества и эффективности медицинской помощи использованы методические материалы НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко, которые дополнены собственными разработками и практическим опытом (Г.М.Гайдаров с соавт.).

В целом система предусматривает определение степени ожидаемого результата в каждом конкретном случае, изучение качества работы медицинского персонала и определение произведенных затрат с последующим дифференцированным распределением надбавки. При этом размер надбавки заведующего отделением и старшей медицинской сестры зависят от показателей деятельности отделения в целом. Для врачей и медицинских сестер размер надбавки зависит в основном от индивидуальных показателей деятельности. При этом используется ряд показателей, всесторонне характеризующих лечебно-диагностический процесс и имеющих количественное выражение, что обеспечивает возможность использования современных программно-информационных технологий и организации контроля на уровне учреждения, отдельных его подразделений и, наконец, отдельных категорий медицинских работников.

Оценка качества и эффективности медицинской помощи в отношении врачей и среднего медицинского персонала осуществляется путем сопоставления достигнутых результатов в ходе проведенных лечебно-диагностических мероприятий с установленными «стандартами» и нормативами.

С этой целью во всех клинических отделениях целесообразно применение «Стандартов оказания специализированной медицинской помощи», разработанных с учетом конкретных возможностей учреждения, сложности заболеваний госпитализированных больных, клинического опыта и новейших научных достижений.

При оценке эффективности медицинской помощи в отношении заведующих отделениями и старших медицинских сестер используется набор нормативных показателей, характеризующих деятельность клинических отделений: плановое число койко-дней, средний срок пребывания в стационаре, показатели занятости койки, оборота койки, оперативной активности в отделениях и др.

Максимальный размер надбавок к основному окладу по тарификации устанавливается в следующих размерах:

- для специалистов со средним медицинским образованием и прочего персонала - до 100 %;

- для сотрудников с высшим образованием - до 80 %.

Такая дифференциация в максимальных размерах надбавок обусловлена необходимостью в большей степени материально поддержать наименее социально защищенные категории работников.

Для обеспечения механизма контроля качества разрабатывается и используется набор макетов оценочных таблиц, позволяющих определить размер надбавок в зависимости от фактического уровня показателей.

Работой по обеспечению контроля качества медицинской помощи должны постоянно заниматься заместители главного врача, главная медицинская сестра, заведующие отделениями, старшие медицинские сестры. Этот раздел регламентирован приказами

главного врача учреждения здравоохранения.

Основным методом для оценки качественных показателей работы врачебного персонала является экспертиза первичных учетных медицинских документов (карта стационарного больного, карта выбывшего из стационара и др.). Экспертиза проводится на двух уровнях: на первом уровне ее проводят заведующие отделениями; на втором - заместители главного врача.

Оценка работы среднего медицинского персонала также производится на двух уровнях: первый - старшие медицинские сестры отделений, второй - главная медицинская сестра учреждения.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ НАДБАВОК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛПУ. МЕХАНИЗМ РАСЧЕТА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ НАДБАВКИ

Индивидуальная надбавка работникам ЛПУ определяется с учетом уровня достигнутых количественных и качественных показателей, которые выражаются в виде суммарного процента надбавки, представляющего собой результирующее значение критериев деятельности каждого работника в отдельности. Критерии являются специфическими для отделений и могут меняться с учетом реально складывающейся ситуации.

Клиническое отделение.

Заведующий отделением. Количественные критерии :

1. Выполнение плана койко-дней отделением. Одним из основных количественных показателей, характеризующих организационную работу заведующих отделениями, является выполнение плана койко-дней. Планирование числа койко-дней на год, квартал, месяц производится организационно-методическим отделом учреждения здравоохранения с учетом расчетных нормативов Министерства здравоохранения, государственного заказа и доводится до сведения заведующего соответствующим отделением. Процент выполнения плана койко-дней:

$$\frac{\text{Число фактически проведенных больными койко-дней} \times 100}{\text{Плановое число койко-дней}}$$

Выплата надбавки производится только в случае выполнения отделением плана койко-дней.

Проведение экспертизы качества медицинской помощи первого уровня в установленном объеме. Заведующий отделением проводит экспертизу медицинской помощи по истории болезни каждого выписанного больного в соответствии с утвержденными «Стандартами оказания специализированной медицинской помощи», а именно: оценивает выполнение диагностических мероприятий, постановку диагноза, проведение лечебных мероприятий, устанавливает факт достижения запланированного результата относительно стандартов, оформление медицинской документации.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Количество проведенных экспертиз 1-го уровня} \times 100}{\text{Число выбывших из отделения}}$$

Определение размера надбавки производится в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Выполнение плана (%)	100	98	97	итд	90
Размер надбавки (%)	80	64	56	итд	0

Качественные критерии:

1. Уровень качества лечения по отделению (УКЛср) - по результатам экспертизы качества медицинской помощи 2-го уровня.

Экспертизу качества медицинской помощи 2-го уровня проводят заместители главного врача учреждения здравоохранения.

Заместитель главного врача по лечебной работе проводит экспертизу в соответствии с методикой, предусматривающей оценку отдельных лечебно-диагностических мероприятий по блокам.

Блок А. Оценка диагностических мероприятий, т. е. обоснованность и своевременность госпитализации, объем и качество исследований лечащего врача (сбор жалоб, анамнеза, физикальных исследований), консультаций специалистов, осмотр заведующим отделением, объем и качество лабораторных, функциональных и инструментальных исследований. При полном соответствии выполненных диагностических мероприятий со стандартом КСГ возможна максимальная оценка этого блока - 6 баллов.

Блок Б. Оценка полноты диагноза, а именно поставлен ли диагноз в соответствии с принятыми классификациями и обоснование диагноза. Этот блок максимально оценивается в 3 балла.

Блок С. Оценка лечебных и диагностических мероприятий. Оценивается своевременность, полноценность, адекватность лечебных и профилактических мероприятий, сроки лечения, цель госпитализации и результаты лечения. Максимальная оценка этого блока - 8 баллов.

Блок Д. Оценка преемственности этапов - (поликлиника - стационар - поликлиника) - максимально 2 балла.

Блок Е. Оценка оформления медицинской документации - максимально 1 балл.

Весь процесс лечения оценивается суммой 20 баллов.

Проводя экспертизу, заместитель главного врача по лечебной работе фиксирует дефекты и недостатки в работе врача и определяет коэффициент УКЛ путем деления указанной суммы баллов по всем разделам на 20. Таким образом, коэффициент УКЛ может колебаться в пределах от 0 до 1. Но при этом надбавка начисляется только в том случае, если УКЛ выше 0,9. Для заведующего отделением показатель рассчитывается как среднее арифметическое от суммы показателей УКЛ врачей отделения по результатам экспертизы 2-го уровня.

Определение размера надбавки для данного показателя производится в соответствии со следующей оценочной таблицей:

УКЛ, средний по отделению	1,00	0,99	0,98	0,97	И тд	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	И тд.	0

Показатель хирургической активности в среднем по отделению (для отделений хирургического профиля) - отражает качественную сторону работы, зависящую от профессионального уровня врачебного персонала и ряда организационных вопросов (число экстренных дежурств, оснащенность службы и др.):

Число оперированных больных x 100
Число выписанных + Число умерших в хирургических отделениях

Определение размера надбавки для данного показателя производится в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Выполнение плана хирург. активности (%)	100	99	98	97	Итд	90
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	И тд	0

Кроме того, в целях повышения ответственности за работу надбавка снижается :

на 30 % в следующих случаях:

- формальное проведение экспертизы качества медицинской помощи первого уровня, подтвержденное результатами экспертизы второго уровня;
- систематическое выявление случаев необоснованного превышения стандартных сроков пребывания в стационаре;

на 10 % - при несвоевременной сдаче в организационно-методический отдел установленных учетно-отчетных форм.

Вся информация по результатам экспертизы направляется в организационно-методический отдел ЛПУ, где обрабатывается и подвергается анализу.

Случаи необоснованного превышения сроков пребывания в стационаре и несвоевременного предоставления учетно-отчетных форм выявляются заместителем главного врача по организационно-методической работе и учитываются при распределении надбавки.

Врачебный персонал. Количественный критерий.

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки (Икн.). Поскольку в бюджетных учреждениях здравоохранения финансирование зависит от выполнения показателей ресурсного обеспечения, постольку приоритет, в том числе при использовании бюджетных средств для дифференцированной оплаты труда, принадлежит количественным показателям.

Одним из основных количественных критериев работы врача является выполнение **нормативной нагрузки**.

Индивидуальный коэффициент нагрузки в первую очередь учитывает количество больных в сравнении с нормативом должности врача соответствующего клинического профиля и категории сложности курации (операции).

В случае, когда фактическое количество больных ниже норматива должности врача, образуется резерв рабочего времени. Выработать резерв врач может путем проведения консультативной помощи и дежурств.

Важно подчеркнуть, что руководитель ЛПУ имеет право изменять нагрузку отдельному врачу с учетом характера заболеваний и тяжести состояния пациентов, которых он ведет. Кроме того, руководство учреждения совместно с заведующим отделением должно планировать нагрузку врачам по видам с целью ее равномерного распределения и выполнения нормативных показателей.

Индивидуальный коэффициент нагрузки рассчитывается как отношение фактической нагрузки к нормативной, выраженное в процентах. Надбавка начисляется только в случае выполнения врачом нормативной нагрузки (Икн. = 100 и более)

Таким образом, выполнение нормативной нагрузки является «пропуском» в систему дифференцированной оплаты труда, позволяющим работнику претендовать на получение

дополнительных средств.

Качественные критерии:

1. Уровень качества лечения (УКЛ). Экспертизу качества медицинской помощи первого уровня проводит заведующий отделением по историям болезни каждого выписанного больного в соответствии с утвержденными стандартами. Методика предусматривает оценку отдельных лечебно-диагностических мероприятий по блокам А, Б, С, Д, Е.

Блок А. Оценка диагностических мероприятий, т. е. обоснованность и своевременность госпитализации, объем и качество исследований лечащего врача (сбор жалоб, анамнеза, физикальных исследований), консультаций специалистов, осмотр заведующими отделением, объем и качество лабораторных, функциональных и инструментальных исследований. При полном соответствии выполненных диагностических мероприятий стандарту КСГ возможна максимальная оценка этого блока - 6 баллов.

Блок Б. Оценка полноты диагноза, а именно поставлен ли диагноз в соответствии с принятыми классификациями и обоснование диагноза. Этот блок максимально оценивается в 3 балла.

Блок С. Оценка лечебных и диагностических мероприятий. Оценивается своевременность, полноценность, адекватность лечебных и профилактических мероприятий, сроки лечения, цель госпитализации и результаты лечения. Максимальная оценка этого блока - 8 баллов.

Блок Д. Оценка преемственности этапов - (поликлиника - стационар - поликлиника) - максимально 2 балла.

Блок Е. Оценка оформления медицинской документации - максимально 1 балл.

Весь процесс лечения оценивается суммой 20 баллов.

Проводя экспертизу, заведующий отделением фиксирует дефекты и недостатки в работе врача и определяет коэффициент уровня качества лечения (УКЛ) путем деления полученной суммы баллов по всем разделам карты на 20. Таким образом, коэффициент УКЛ может колебаться в пределах от 0 до 1. Но надбавка рассчитывается только в случае, если УКЛ составил более 0,9.

Расчет надбавки производится по следующей оценочной таблице:

УКЛ	1,00	0,99	0,98	0,97	и т.д.	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

При проведении экспертизы указанные «Стандарты...» являются достаточно надежными ориентирами, однако они не могут учитывать индивидуальные особенности течения заболевания отдельных больных. Поэтому, в дополнение к стандартам рекомендуется использовать классификатор «Категории сложности курации (операции)», в котором предусмотрено 5 категорий сложности курации больных и 7 категорий сложности хирургических операций в зависимости от диагноза, тяжести состояния, наличия осложнений, объема лечебных мероприятий.

2. Индивидуальный показатель хирургической активности (Иха) - отражает качественную сторону работы врача в отделении хирургического профиля, зависящую от профессионального уровня и ряда организационных вопросов (число экстренных дежурств, оснащенность службы и др.). Расчет этого показателя производится по следующей формуле:

Число оперированных больных данным врачом x 100
Число пролеченных больных данным врачом

Для каждого врача планируется определенный уровень хирургической

Выполнение плана хирургической активности (степень достижения от норматива, %)	100	99	98	97	и т.д.	90
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

активности с учетом квалификации, профилизации и организационных возможностей отделения. Степень достижения данного уровня влияет на надбавку в соответствии со следующей оценочной таблицей:

3. Коэффициент результативности (Кр) - определяется отношением количества больных, при лечении которых достигнут запланированный медицинский результат, к общему количеству пролеченных больных.

При расчете данного коэффициента и оценке степени его влияния на размер надбавки необходимо учитывать ряд факторов, наиболее значимым из которых является исходное состояние пациентов, оно является ведущим фактором, влияющим на эффективность (результативность) медицинской помощи.

После проведения экспертизы в «Карте выбывшего из стационара» (Учетная форма № 226) заведующий отделением делает отметку о том, достигнут ли запланированный результат («да», «нет»), а также указывает УКЛ и категорию сложности курации (операции).

Кроме того, при определении надбавки учитываются следующие обстоятельства: в случае необоснованно длительного пребывания пациента в стационаре надбавка лечащего врача уменьшается на 10% за каждый случай.

Контроль за сроками пребывания больных в стационаре осуществляет заместитель главного врача по организационно-методической работе, либо другое лицо, назначенное руководителем ЛПУ. Экспертизе подвергается медицинская документация выписанных пациентов в случаях, когда сроки пребывания превышают установленные стандартом более чем на 10%.

Старшие медицинские сестры. Количественный критерий.

1. Объем проведения экспертизы качества работы медицинских сестер (1-го уровня). Старшая медицинская сестра отделения ЛПУ не реже одного раза в неделю проводит проверку выполнения каждой медицинской сестрой своих должностных обязанностей. Результаты проверки заносятся в «Журнал экспертизы качества работы среднего медицинского персонала».

Для каждой старшей медицинской сестры отделения планируется количество экспертиз с учетом фактического количества занятых должностей среднего медперсонала. По итогам каждого месяца данные из «Журнала экспертизы...» поступают в отдел организационно-методической работы и вводятся в компьютер, таким образом, определяется количество фактически проведенных экспертиз и, соответственно, процент выполнения плана экспертиз. При этом надбавка рассчитывается только в случае выполнения плана.

Качественный критерий.

1. Коэффициент соответствия технологии по отделению (Кст.) Главная медицинская сестра проводит ежемесячно не менее 10 проверок выполнения функциональных

обязанностей медицинскими сестрами в каждом отделении (2-й уровень оценки качества работы среднего медицинского персонала). Коэффициент соответствия технологии по отделению определяется как среднее арифметическое от суммы коэффициентов, выставленных медицинским сестрам в ходе проверки данного отделения.

Расчет надбавки производится в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Кст	1,00	0,99	0,98	0,97	и т.д.	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

Кроме того, в целях повышения ответственности за работу среднего и младшего медицинского персонала отделения надбавка снижается:

- на 30 % при формальном проведении экспертизы 1-го уровня;
- на 10 % при выявлении замечаний по санитарно-эпидемиологическому режиму.

Информация о выявленных случаях нарушения санитарно-эпидемиологического режима предоставляется главной медицинской сестрой в отдел организационно-методической работы.

Средний медицинский персонал. Качественный критерий.

1. Индивидуальный коэффициент соответствия технологии (Кст)

Старшая медицинская сестра отделения не менее 1 раза в неделю проводит проверку выполнения каждой медицинской сестрой должностных обязанностей. Результаты проверки заносятся в «Журнал экспертизы качества работы среднего медперсонала». По итогам каждого месяца данные из журнала поступают в организационно-методический отдел.

По окончании месяца по итогам работы каждой медицинской сестры в организационно-методическом отделе определяется так называемый «Коэффициент соответствия технологии медицинской помощи» (Кст), который вычисляется по формуле:

$$Кст = \frac{Н - Нд}{Н}$$

где Н - количество экспертных оценок,

Нд - количество экспертных оценок с выявленными дефектами в технологии медицинской помощи.

Надбавка рассчитывается только в случае, если Кст. выше 0,9 в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Кст.	1,00	0,99	0,98	0,97	и т.д.	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и и т.д.	0

Основной формой для регистрации этого показателя наряду с другими (число проверок, число оцененных показателей, число выявленных замечаний) является карта «Результаты экспертизы качества работы медицинских сестер отделения» данного отделения. В этой же карте рассчитывается средний коэффициент соответствия технологии медицинской помощи (Кст), а также представлен объем работы старшей медицинской сестры отделения по проведению экспертизы качества работы медицинских сестер.

По итогам работы за квартал, за полугодие и год заполняется сводная «Карта результатов экспертизы работы среднего медицинского персонала», где предусмотрена возможность сравнительной оценки показателей работы по отделениям.

Лабораторно-диагностическое отделение.

Заведующий отделением. Количественные критерии.

1. Выполнение плановой нагрузки отделением. Одним из основных количественных показателей, характеризующих организационную работу заведующих отделениями, является выполнение плана нормативной нагрузки. Планирование нагрузки на год, квартал, месяц производится организационно-методическим отделом с учетом расчетных нормативов Министерства здравоохранения и доводится до сведения заведующего соответствующим отделением. Плановая нагрузка отделения складывается из нормативной нагрузки штатных работников и выражается в условных единицах. Надбавка начисляется только в случае выполнения плана отделением.

2. Проведение контроля за соблюдением технологии лабораторно-диагностических исследований в установленном объеме

Заведующий отделением не менее 1 раза в неделю оценивает соответствие технологии выполнения трех лабораторно-диагностических исследований каждым врачом отделения

Результаты экспертных оценок фиксируются в соответствующем журнале, информация из которого поступает в организационно-методический отдел, где вводится в компьютерную базу данных.

Планируемый объем проверок на месяц определяется количеством занятых штатных должностей врачебного персонала отделения.

Процент выполнения плана по количеству проверок будет влиять на надбавку в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Выполнение плана проверок(%)	100	99	98	97	итд	90
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	итд	0

Кроме того, надбавка может быть снижена в следующих случаях:
на 30 % - при формальном проведении контроля за соблюдением технологии выполнения исследований, подтвержденном результатами проверок;
на 10 % - при несвоевременной сдаче в организационно-методический отдел установленных учетно-отчетных форм.

Информация по случаям формального проведения контроля предоставляется заместителем главного врача по лечебной работе в организационно-методический отдел ежемесячно.

Случаи несвоевременного предоставления учетно-отчетных форм выявляются заместителем главного врача по организационно-методической работе и учитываются при распределении надбавки.

Врачебный персонал. Количественный критерий.

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки (Икн._{лв})

Одним из основных количественных критериев работы врача является выполнение нормативной нагрузки.

Индивидуальная плановая нагрузка определяется исходя из установленной

нормативами нагрузки на 1 штатную должность соответствующего специалиста (выражается в условных единицах).

Индивидуальный коэффициент нагрузки рассчитывается как отношение фактической нагрузки к нормативной, выраженное в процентах. Надбавка начисляется только в случае выполнения врачом нормативной нагрузки (Икн. = 100 и более).

Качественный критерий.

Коэффициент соответствия технологии лабораторно-диагностических исследований (Кст._{лв}).

Заведующий отделением не менее 1 раза в неделю оценивает соответствие технологии выполнения исследований установленным требованиям в отношении врачебного персонала. По окончании месяца на основании результатов экспертизы по каждому специалисту, проводимой заведующим отделением, в организационно-методическом отделе определяется так называемый «Коэффициент соответствия технологии» (Кст), который вычисляется по формуле:

$$\text{Кст} = \frac{\text{Н} - \text{Нд}}{\text{Н}}$$

где Н - количество экспертных оценок,

Нд - количество экспертных оценок с выявленными дефектами в технологии.

Надбавка рассчитывается в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Кст.	1,00	0,99	0,98	0,97	итд	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	итд	0

Кроме того, надбавка может быть снижена *на 10 %* за каждое нарушение в следующих случаях:

- нарушения сроков проведения исследования;
- несвоевременного информирования лечащих врачей о результатах исследований.

Случаи нарушения сроков проведения исследований фиксируются заведующим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе и направляются в отдел организационно-методической работы для учета при определении размера индивидуальной надбавки.

Старший лаборант. Количественные критерии:

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки (Икн._{лсл})

Плановая нагрузка определяется исходя из установленной нормативами нагрузки на 1 штатную должность соответствующего специалиста (выражается в условных единицах). Надбавка рассчитывается только в случае выполнения плана.

2. Проведение контроля за соблюдением технологии лабораторно-диагностических исследований в установленном объеме

Старший лаборант не менее 1 раза в неделю оценивает соблюдение технологии трех лабораторно-диагностических исследований каждым лаборантом. Результаты экспертных оценок фиксируются в соответствующем журнале, информация из которого поступает в организационно-методический отдел, где вводится в компьютерную базу данных.

Планируемый объем проверок на месяц определяется количеством занятых штатных должностей среднего медперсонала отделения.

Кроме того, надбавка снижается в следующих случаях:

на 30% - при формальном проведении контроля за соблюдением технологии выполнения исследований, подтвержденного результатами проверок;

на 10 % - при выявлении замечаний по санитарно-эпидемиологическому режиму.

Информация по случаям формального проведения контроля, выявления замечаний по санитарно-эпидемиологическому режиму предоставляется главной медицинской сестрой в отдел организационно-методической работы.

Лаборанты. Количественный критерий.

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки (Икн._{лл}).

Индивидуальная плановая нагрузка определяется исходя из установленной нормативами нагрузки на 1 штатную должность соответствующего специалиста (выражается в условных единицах). Индивидуальный коэффициент нагрузки рассчитывается как отношение фактической нагрузки к нормативной, выраженное в процентах. Надбавка рассчитывается только в случае выполнения лаборантом нормативной нагрузки (Икн. = 100 и более)

Качественный критерий

1. Коэффициент соответствия технологии лабораторно-диагностических исследований (Кст._{лл})

Старший лаборант не менее 1 раза в неделю оценивает соблюдение технологии лабораторно-диагностических исследований средним медперсоналом. По окончании месяца по итогам работы каждого специалиста в организационно-методическом отделе определяется «Коэффициент соответствия технологии» (Кст), который вычисляется по формуле:

$$Кст = \frac{Н - Нд}{Н}, \text{ где}$$

Н - количество экспертных оценок,

Нд - количество экспертных оценок с выявленными дефектами в технологии.

Надбавка рассчитывается в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Кст. _{лл}	1,00	0,99	0,98	0,97	и т.д.	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

Кроме того, надбавка может быть снижена на 10 % за каждое нарушение в следующих случаях:

- нарушение сроков проведения исследования;
- несвоевременное информирование лечащих врачей о результатах исследований.

- некачественное оформление учетно-отчетной медицинской документации. (Так, лаборанты должны проставлять на бланках результатов анализов количество выполненных исследований, дату производства анализа и фамилию исполнителя).

Информация о выявленных случаях некачественного оформления медицинской документации предоставляется главной медицинской сестрой, старшей медицинской сестрой в отдел организационно-методической работы.

Лечебно-диагностическое отделение.

Заведующий отделением. Количественные критерии:

1. Выполнение плановой нагрузки отделением.

Плановая нагрузка отделения складывается из нормативной нагрузки штатных работников и выражается в условных единицах.

Надбавка рассчитывается только в случае выполнения плана отделения.

2. Проведение контроля за соблюдением технологии параклинических исследований в установленном объеме.

Заведующий отделением не менее 1 раза в неделю оценивает соблюдение технологии трех параклинических исследований каждым врачом. Экспертизе подвергается медицинская документация, отражающая работу врача. Результаты экспертизы фиксируются в соответствующих журналах, из которых информация поступает в отдел организационно-методической работы. Планируемый объем проверок на месяц определяется количеством занятых штатных должностей врачебного персонала отделения.

Процент выполнения плана по количеству проверок определяет размер надбавки в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Выполнение плана проверок(%)	100	99	98	97	и т.д.	90
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

Кроме того, надбавка снижается в следующих случаях:

на 30 % - при формальном проведении контроля за соблюдением технологии параклинических исследований, подтвержденном результатами проверок;

на 10 % - при несвоевременной сдаче в организационно-методический отдел установленных учетно-отчетных форм.

Информация по случаям формального проведения контроля предоставляется заместителем главного врача по лечебной работе в организационно-методический отдел ежемесячно

Врачебный персонал. Количественный критерий.

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки (Икн)

Индивидуальная плановая нагрузка определяется исходя из установленной нормативами нагрузки на 1 штатную должность соответствующего специалиста (выражается в условных единицах).

Индивидуальный коэффициент нагрузки рассчитывается как отношение фактической нагрузки к нормативной, выраженное в процентах. Надбавка рассчитывается только в случае выполнения врачом нормативной нагрузки (Икн. = 100 и более).

Качественный критерий.

1. Коэффициент соответствия технологии параклинических исследований (Кст)

Заведующий отделением не менее 1 раза в неделю оценивает соответствие технологии параклинических исследований установленным требованиям в отношении врачебного персонала. Результаты экспертных оценок фиксируются в соответствующем журнале, информация из которого поступает в организационно-методический отдел, где вводится в компьютерную базу данных.

Экспертизе подвергается медицинская документация, отражающая работу врача. По результатам экспертизы выставляется оценка за выполнение работы в соответствии с принятыми стандартами по следующим показателям:

- а. сроки обследования - максимально 1 балл;
- б. объем обследования - максимально 2 балла;
- в. заключение врача, производившего исследование - максимально 2 балла;
- г. оформление медицинской документации - максимально

1 балл.

По окончании месяца на основании результатов экспертизы, проводимой заведующим отделением, по каждому специалисту в организационно-методическом отделе определяется «Коэффициент соответствия технологии» (Кст._{па}), который вычисляется по формуле:

$$\text{Кст} = \text{а} + \text{б} + \text{в} + \text{г}$$

Надбавка рассчитывается в соответствии со следующей оценочной таблицей

Кст	1,00	0,99	0,98	0,97	и т.д.	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

Старшая медицинская сестра. Количественные критерии

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки (Икн._{псм}).

Индивидуальная плановая нагрузка определяется исходя из установленной нормативами нагрузки на 1 штатную должность соответствующего специалиста (выражается в условных единицах).

Индивидуальный коэффициент нагрузки рассчитывается как отношение фактической нагрузки к нормативной, выраженное в процентах. Надбавка рассчитывается только в случае выполнения старшей медицинской сестрой нормативной нагрузки (Икн. = 100 и более).

2. Проведение контроля за соблюдением технологии параклинических исследований в установленном объеме.

Старшая медицинская сестра не менее 1 раза в неделю оценивает соблюдение технологии трех параклинических исследований каждым средним

медицинским работником. Результаты экспертных оценок фиксируются в соответствующем журнале, информация из которого поступает в организационно-методический отдел, где вводится в компьютерную базу данных.

Планируемый объем проверок на месяц определяется количеством занятых штатных должностей среднего медперсонала отделения.

Процент выполнения плана по количеству проверок определяет размер надбавки в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Выполнение плана проверок (%)	100	99	98	97	и т.д.	90
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

Кроме того, надбавка снижается в следующих случаях:

на **30 %** - при формальном проведении контроля за соблюдением технологии параклинических исследований, подтвержденного результатами проверок;

на **10 %** - при выявлении замечаний по санитарно-эпидемиологическому режиму.

Информация по случаям формального проведения контроля, выявления замечаний по санитарно-эпидемиологическому режиму предоставляется главной медицинской сестрой в организационно-методический отдел.

Средний медицинский персонал. Количественный критерий.

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки (ИКн._{пс.})

Индивидуальная плановая нагрузка определяется исходя из установленной нормативами нагрузки на 1 штатную должность соответствующего специалиста (выражается в условных единицах).

Индивидуальный коэффициент нагрузки рассчитывается как отношение фактической нагрузки к нормативной, выраженное в процентах. Надбавка рассчитывается только в случае выполнения средним медицинским работником нормативной нагрузки (Икн. = 100 и более).

Качественный критерий.

1. Коэффициент соответствия технологии параклинических исследований (Кст._{пс.})

Старшая медицинская сестра не менее 1 раза в неделю оценивает соблюдение каждым средним медицинским работником технологии трех параклинических исследований.

Экспертизе подвергается медицинская документация, отражающая работу среднего медработника. По результатам экспертизы выставляется оценка за выполнение работы в соответствии с принятыми стандартами по следующим показателям:

- а. сроки обследования - максимально 1 балл;
- б. объем обследования - максимально 2 балла;
- в. заключение врача, производившего исследование - максимум 2 балла;
- г. оформление медицинской документации –максимально

$$\text{Кст} = \text{а} + \text{б} + \text{в} + \text{г}$$

Надбавка рассчитывается в соответствии со следующей оценочной таблицей:

Кст	1,00	0,99	0,98	0,97	и т.д.	0,9
Размер надбавки (%)	80	72	64	56	и т.д.	0

Механизм расчета дифференцированной надбавки.

По каждому работнику при условии выполнения нормативной нагрузки рассчитывается суммарный процент надбавки, представляющий собой средневзвешенное значение от процентов по каждому отдельному критерию с учетом категории работника.

На примере хирургического отделения N-ской больницы рассмотрим механизм дифференцированной оплаты труда врачей в условиях действия предлагаемой системы дифференцированной оплаты труда в зависимости от объема и качества медицинской помощи.

По итогам работы за месяц получены следующие показатели.

Заведующий отделением.

1. Выполнение плана койко-дней отделением - 103%;
2. Проведение экспертизы качества медицинской помощи 1-го уровня - 98 % (надбавка 64 %);
3. УКЛ средний по отделению - 0,97 (надбавка 56 %);
4. Степень достижения планируемого показателя хирургической активности - 95 % (надбавка 40%);
5. Имела место задержка предоставления в отдел организационно-методической работы учетно-отчетных форм (уменьшение надбавки на 10 %).

Расчет процента дифференцированной надбавки:

$$(64 + 56 + 40) / 3 - 10 = 43,3 \%$$

Врач.

1. Индивидуальный коэффициент нагрузки - 101 %;
2. УКЛ - 0,97 (надбавка 56 %);
3. Степень достижения планируемого показателя хирургической активности - 98 % (надбавка 64 %);
4. Коэффициент результативности - 0,96 (надбавка 48 %).

Расчет процента дифференцированной надбавки:

$$(56 + 64 + 48) / 3 = 56\%$$

Приведем данные о распределении дифференцированной надбавки среди работников данного отделения (табл. 1).

Таблица 1. Дифференцированная надбавка к заработной плате работников медицинского отделения

ФИО	Долж- ть	Должно- стной оклад (руб.)	Зарплата по тари- фикации (руб.)	Диф. надбавк а (%)	Размер надбавки (руб.)	Итоговая (руб.)
Иванова В.П	Зав. отд.	4410,0	9180,0	58,3	2571,0	11751,0
Петрова СМ	Врач	2700,0	5620,0	68,8	1860,0	7480,0
Борисова И.Г	Врач	2700,0	5620,0	67,1	1810,0	7430,0
Сидоров А.Г.	Врач	3900,0	8120,0	71,3	2780,0	10900,0
Малов Н.П.	Врач	2700,0	4320,0	74,2	2000,0	6320,0
Стэпов А.С.	Врач	2700,0	5620,0	76,1	2050,0	7670,0
Итого:		19110,0	38480,0	-	13071,0	51551,0

Для расчета необходим фонд заработной платы отделения на основе тарификационных окладов врачей. По итогам деятельности за отчетный период для каждого врача рассчитывается суммарный процент надбавки к должностному окладу в зависимости от количественных и качественных показателей деятельности. Размер надбавки заведующего отделением напрямую зависит от показателей работы отделения в целом.

СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО, МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

В условиях многопрофильного стационара дифференциация оплаты труда медицинского персонала значительно отличается от других учреждений. Она обусловлена наличием большого количества неоднородных структурных подразделений и разнообразием специальностей, что требует и значительно разнообразия подходов к объективизации оценки их деятельности.

Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы осуществляются в виде надбавок:

- надбавки за интенсивность труда;
- надбавки за высокие результаты работы.

Надбавка за интенсивность труда устанавливается работнику в соответствии с коллективным и трудовым договорами, локальным нормативным актом организации на срок не более на год. Она носит стимулирующий характер, мотивируя работника к выполнению больших объемов работ с меньшим количеством ресурсов (материальных, трудовых, временных и т.д.). В качестве факторов, определяющих сложность труда, могут быть выделены:

- функции, составляющие содержание труда;
- сложность выполняемых работ;
- большой объем работ за относительно меньший временной интервал.

Конкретный размер индивидуальной надбавки за интенсивность труда работникам устанавливается приказом главного врача:

- заместителям главного врача - непосредственно главным врачом;
- руководителям подразделений и служб, ведущим специалистам – по представлению заместителя главного врача, курирующего данную службу.

- врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, прочему персоналу - по представлению руководителя соответствующего подразделения с визой заместителя главного врача, курирующего данную службу.

Главный врач имеет право самостоятельно или по представлению руководителей структурных подразделений снижать размер или лишать работника стимулирующей надбавки за интенсивность труда полностью или частично за упущения в работе или ухудшение показателей работы, в том числе по следующим основаниям:

- неисполнение обязанностей, возложенных должностной инструкцией;
- нарушение штатной, финансовой дисциплины;
- предоставление недостоверной информации;
- невыполнение правил по охране труда, технике безопасности,
- санитарно-эпидемиологического режима, правил обработки инструмента;
- нарушение правил внутреннего трудового распорядка;
- несоблюдение конфиденциальности, нарушение врачебной или служебной тайны.

Надбавка за высокие результаты работы устанавливается работнику в соответствии с коллективным и трудовым договорами. Надбавка устанавливается на месяц или иной срок, но не более чем на год. Надбавка носит стимулирующий характер, мотивируя работника к применению в работе новых методов и технологий, которые существенно повышают результативность труда.

Конкретный размер индивидуальной надбавки за высокие результаты работы устанавливается приказом главного врача:

- заместителям главного врача - непосредственно главным врачом;
- руководителям подразделений и служб, ведущим специалистам – по представлению заместителя главного врача, курирующего данную службу;
- врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, прочему персоналу - по представлению руководителя соответствующего подразделения с визой заместителя главного врача, курирующего данную службу.

Главный врач имеет право самостоятельно или по представлению заместителей главного врача и руководителей структурных подразделений снижать размер или лишать работника стимулирующей надбавки за высокие результаты работы полностью либо частично при ухудшении показателей работы, снижении эффективности и качества труда конкретного работника.

Выплаты за качество выполняемых работ призваны улучшить показатели качества работы персонала учреждения и устанавливаются на основе объективной оценки результатов труда работников за отчетный период.

Порядок определения размера выплат стимулирующего характера для конкретного работника. Начисление выплат стимулирующего характера производится ежемесячно. Период для оценки результатов труда может устанавливаться на месяц, квартал, полугодие, 9 месяцев или год.

Определение размера выплаты конкретным работникам может производиться на основе следующих методик:

- исходя из базового размера выплаты, исчисляемого по учреждению, и интегрального балльного показателя оценки работника (коэффициента качества труда);
- исходя из сумм выплат, рассчитываемых на каждое подразделение по результатам оценки работы подразделений, и интегрального балльного показателя оценки работника (коэффициента качества труда)

Базовый размер выплаты устанавливается в процентах от должностного оклада либо в суммовом выражении применительно к должностям или группам должностей. Базовый размер выплаты устанавливается приказом главного врача на определенный период и при необходимости корректируется.

Размер выплаты работнику (по должности) за текущий месяц определяется путем

умножения базового размера выплаты на коэффициент качества труда. Применяемый порядок закрепляется приказом главного врача, а при необходимости - в коллективном и трудовых договорах.

Коэффициент качества труда определяется на основании данных за прошедший период и применяется в периоде, следующем за прошедшим (табл. 2). Например, при установлении периода равного кварталу коэффициент рассчитывается по итогам работы I квартала и применяется при начислении выплат за апрель, май и июнь. Коэффициент исчисляется в процентах, с округлением до целого.

Расчет коэффициента производится на основании критериев оценки качества и эффективности труда и значимости этих критериев. При этом совокупная значимость всех критериев составляет 100%, а значимость отдельного критерия варьируется от 5 до 30%.

Таблица 2. Методика расчета коэффициента качества труда

№	Критерий оценки качества и эффективности	Значимость, %	Оценка выполнения	Средневзвешенная оценка [3] x [4]
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
...				
	Итого	100%	-	Коэффициент

Итоговое значение коэффициента исчисляется как значение итога графы 5. Дальнейшая разработка критериев (качественное наполнение таблицы) должны осуществляться по каждой службе под руководством заместителей главного врача по соответствующей службе

Для оценки выполнения критерия предлагается использовать четырехуровневую систему оценки (табл. 3).

Таблица 3. Четырехуровневая система оценки выполнения критерия

№	Описание оценки выполнения критерия	Значение оценки (в долях целого)
1	Критерий выполняется полностью. Нет никаких нарушений и отступлений.	1
2	Имеются однократные незначительные отступления или нарушения.	0,8
3	Нарушения незначительны, но повторяются в течение периода.	0,5
4	Имеются существенные нарушения или отступления.	0

Для критериев, не допускающих дифференциации оценки на 4 уровня, может применяться двухуровневая система оценки (1 - критерий соблюдается, 0 - не соблюдается).

Кроме того, утверждаемые критерии могут содержать конкретную систему интерпретации результатов оценки для данного критерия.

Например, при выполнении плана государственного заказа:

- 100% и выше (не более 105%) - оценка 1,0;
- от 95 до 100% - оценка 0,8;
- от 90 до 95% - оценка 0,5;

- ниже 90% - оценка 0.

На основании приказа о размере стимулирующих выплат за качество труда на подразделение, принимаемого по результатам оценки работы подразделений, руководитель подразделения определяет размер стимулирующей надбавки каждому сотруднику в соответствии с установленным порядком, с применением критериев оценки работы специалистов. Применяемый порядок установления стимулирующих выплат за качество труда определяется каждым подразделением самостоятельно, утверждается общим собранием трудового коллектива подразделения и согласовывается с администрацией учреждения.

При определении величины стимулирующих выплат сотрудника подразделения могут быть использованы следующие подходы:

- установленные должностные оклады, отработанное время за отчетный период, коэффициент качества труда (приложение 1);
- установленные должностные оклады, КТУ, коэффициент качества труда (приложение 2);
- иные формы установления стимулирующих надбавок в подразделении с учетом критериев оценки работы специалиста (коэффициента качества труда).

Алгоритм расчета суммы стимулирующих выплат в Приложении 1: графа 8 - включает расчёт суммы выплат по работнику пропорционально должностным окладам, отработанному времени и коэффициенту качества труда. Полученная таким образом сумма (графа 8) корректируется до суммы, подлежащей выплате пропорциональным способом (графа 9).

Алгоритм расчёта суммы в графе 8 следующий:

$$CB = CP \cdot \frac{KKT_i}{\sum KKT} \cdot \frac{ФОЧ_i}{НЧ_i} \cdot \frac{НЧП}{ФЧП} \cdot \frac{ДО_i}{СДО}, \text{ где}$$

CB – сумма выплат за качество труда работника (расчетная);

CP – сумма к распределению на подразделение;

KKT_i – коэффициент качества труда работника;

$\sum KKT$ – сумма значений коэффициентов качества труда подразделения (итог графы 6);

ФОЧ_i - фактически отработанные часы работника за период;

НЧП – нормативное количество часов работника за период;

НЧ_i – нормативное число часов на подразделение за период;

ФЧП – фактическое число часов, отработанных работниками подразделения за период (итог графы 5);

ДО_i – должностной оклад работника;

СДО – средний должностной оклад по подразделению. Рассчитывается как отношение суммы должностных окладов работников подразделения (с учётом объёма ставок) к числу сотрудников (с учётом объёма ставок).

Оценка качества работы специалистов. Критерии оценки результатов (качества и эффективности) труда врачебного, среднего, младшего медицинского и прочего персонала разрабатываются и вводятся с целью усиления мотивации труда конкретного работника, повышения его заинтересованности в конечном результате своего труда, повышения уровня и качества оказания медицинской помощи на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

Классификация критериев оценки результатов труда:

по уровням оценки - двухуровневые (да, выполняется; нет, не выполняется) и многоуровневые;

- по применимости к должностям и группам должностей персонала - общие (применяется ко всем должностям и группам должностей) и частные;

- по характеру оцениваемых результатов труда – количественные (результаты

труда имеют преимущественно количественный характер) и качественные (результаты труда имеют преимущественно качественный характер);

■ по применимости для конкретного работника - обязательные и дополнительные.

При разработке критериев учитываются цели их разработки, а также *принципы объективности, комплексности, множественности числа критериев, рациональности.*

Принцип объективности означает наличие показателей или возможностей оценки результатов труда, в том числе путем комиссионной оценки.

Принцип комплексности означает возможность применения критериев, оценивающих отдельные параметры и результаты работы по совокупности, в том числе по конечному результату.

Принцип множественности числа критериев означает необходимость применения такого их числа, которое будет достаточным для достижения поставленных целей.

Принцип рациональности означает, что число критериев и условия их оценки не должны создавать несоразмерные дополнительные расходы на осуществление процедур оценки, с учетом их периодичности и поставленных целей.

Возможные критерии оценки работников по основным категориям персонала представлены в Приложениях 1-10. Доработка и совершенствование критериев должны осуществляться для каждой службы.

ПОДРЯДНЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ ТРУДА

Порядок оформления коллективного подряда. Взаимоотношения администрации и подрядного коллектива. Исчисление фонда заработной платы

На уровне трудового коллектива учреждения достаточно эффективным, экономичным методом управления является КОЛЛЕКТИВНЫЙ ПОДРЯД во всех его формах, **ПОЗВОЛЯЮЩИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАТЬ ОПЛАТУ ТРУДА, УЧИТЫВАЮЩИЙ В ПОЛНОЙ МЕРЕ ЕГО КОЛИЧЕСТВО И КАЧЕСТВО, СТИМУЛИРУЮЩИЙ ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА И ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА.** Кроме того, он позволяет увеличить заработную плату, обеспечить справедливое распределение вознаграждения за труд. Предложенная нами система при внедрении не вызвала особых затруднений в связи с тем, что здравоохранение достаточно автономно, кроме того, деятельность значительной части сотрудников четко регламентирована (нормирована).

Коллективный подряд (КП) оформляется в виде договора (контракта), заключаемого, как правило, сроком на один год между администрацией и подрядным коллективом. В договоре особенно подробно следует указать:

1. Обязанности коллектива с указанием объема, качества и сроков выполнения всех видов работ, соблюдение трудовой дисциплины, обеспечения сохранности материальных ценностей и т.д.

2. Обязанности администрации по оплате труда с указанием фонда зарплаты на год, квартал, месяц. Порядок ее начисления с учетом фактически выполненной работы, ее качества, состоянием трудовой дисциплины и т.д.

Администрацией составляются функциональные обязанности на каждую должность, предусмотренную штатным расписанием учреждения, его отдельных подразделений, которые должны быть предельно конкретными, согласованными с подрядным коллективом, профсоюзной организацией и являются неотъемлемой частью договора. Ознакомление с ними заинтересованных лиц производится при приеме на работу и не реже одного раза в год в последующем.

Неотъемлемой частью договора должен быть и классификатор дефектов с указанием понижающих коэффициентов для каждого из них.

Исчисление фонда заработной платы (ФЗП) основывается на материалах ежегодной тарификации. Распределение его по кварталам и месяцам производится с учетом плановых заданий на соответствующий период, предусмотренных договором. Определяется порядок сокращения фонда оплаты труда коллектива в случае невыполнения им обязательств, предусмотренных договором либо вынужденного простоя, связанного с причинами, независящими от коллектива (ремонт, аварии и т.д.).

При организации работы учреждения в целом и отдельных его подразделений по принципу "зарабатывания денег" в условиях внутриотраслевого и внутриучрежденческого хозрасчетов, фонд заработной платы его и структурных подразделений складывается из стоимости оказанных услуг, соответственно по внешним и внутренним ценам. Взаиморасчеты между подразделениями производятся путем перечисления с их субсчетов соответствующих сумм исполнителю.

Из "заработанных" средств, сумма для выплаты вознаграждений определяется по формуле, в которую включается лишь часть цены, предусмотренная для оплаты труда:

$$\text{ФЗП} = \text{Ц1} \times \text{n1} + \text{Ц2} \times \text{n2} + \dots + \text{Цn} \times \text{nn}, \text{ где}$$

Ц - составная часть цены оказанной услуги, предназначенная для оплаты труда;
n - количество определенного вида услуг.

Распределение общей суммы средств на заработную плату внутри коллектива осуществляется с применением коэффициента трудового участия.

КОЭФФИЦИЕНТ ТРУДОВОГО УЧАСТИЯ - это обобщенная количественная оценка реального вклада каждого сотрудника в результаты коллективного труда в зависимости от индивидуальной производительности и качества работы.

При исчислении КТУ необходимо учитывать фактическое совмещение профессий и расширение зон обслуживания, сложность и качество работы, соблюдение трудовой дисциплины и другие факторы.

Нами разработано несколько подходов расчета КТУ для различных категорий сотрудников.

Учет рабочего времени и расчет КТУ некоторых категорий работников стационара

В основу расчета КТУ для врачей нехирургического профиля, (хирургов, за курацию больных) средних медицинских работников, младших медицинских сестер по уходу (палатных санитарок) положено соотношение фактически выполненной работы в эквивалентном количестве часов, к нормативному количеству часов на соответствующий месяц. Для этого производится расчет времени, эквивалентного количеству сверхнормативным больным (обслуженным сверх предусмотренных нормативами).

Учет рабочего времени и количество сверхнормативных больных отмечается в таблице учета рабочего времени (табл. 4) в обычном порядке в строгом соответствии с учетной формой 007/у (листок учета движения больных и коечного фонда стационара).

Таблица 4. Образец заполнения табеля учета рабочего времени постовой медицинской сестры при подрядной форме организации труда

Дата		1.09.	2.09.	3.09.	4.09.	5.09.	31.09.	Итого
ФИО сотрудника	часы	15		9		15			198
	больные*	10		12		13			150

* - указывается количество сверхнормативных, обслуженных постовой медсестрой в определенную смену.

Коэффициент трудового участия для сотрудников стационарных отделений не хирургического профиля определяется по формуле:

$$КТУ = \frac{\Phi + T}{M} + c - ЕПК^* ;$$

Φ - фактически отработанное количество часов.

T - количество часов, эквивалентное числу больных, обслуженных в среднем сверх нормы за каждую смену.

c - коэффициент оплаты за совмещение профессий.

M - месячная норма часов.

ЕПК - сумма понижающих коэффициентов.

При этом необходимо учитывать, что коэффициент оплаты за совмещение профессий, выполнение несвойственной работы, выражается десятичной дробью, при условии, что вся она (работа) принимается за 1.0. При введении коэффициента за совмещение профессий учитывается ее квалификация, а следовательно и размер доплаты в сумме всем оплачиваемым не должен превышать размер ставки для соответствующей должности.

Понижающие коэффициенты, перечень которых является неотъемлемой частью договора, устанавливаются на наиболее часто встречающиеся недостатки в работе и выражаются тоже в виде десятичной дроби. Количество их может колебаться и определяется руководством учреждения, по согласованию с трудовым коллективом. В зависимости от важности недостатка устанавливается размер коэффициента.

Например, за нарушение правил учета наркотических средств ПК = 0,1, невыполнение назначений врача ПК = 0,05, опоздание на работу менее чем на 30 мин ПК = 0,01 и т.д.

Для каждой категории сотрудников устанавливаются специфические ПК. Их количество и размер могут меняться по согласованию сторон, в зависимости от их актуальности, происходящих в коллективе перемен, состояния трудовой дисциплины и других факторов, что позволяет материально заинтересовать людей в добросовестном выполнении своих обязанностей, повышении качества проделанной работы.

Для отражения качества выполненной работы возможно использование вместо понижающих коэффициентов, широко применяемые в последнее время для врачей такой показатель, как УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ (УКЛ), а для средних медицинских

ЕПК* - Е заменяет знак, обозначающий сумму.
работников УРОВНЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ (УКР).

При этом вышеуказанные формулы будут выглядеть иначе:

$$КТУ = \frac{\Phi + T}{M} \times УКЛ - \text{для врачей,}$$

$$КТУ = \frac{\Phi + T}{M} \times УКР + C \times УКР - \text{для мед. сестер.}$$

Для определения КТУ предварительно необходимо рассчитать некоторые показатели. Так количество часов, эквивалентное числу больных, обслуженных в среднем сверх нормы за каждую смену (Т), определяется по формуле:

$$T = \frac{\Phi \times H}{B}, \text{ где}$$

Φ - фактически отработанное количество часов за месяц;

H - количество больных, обслуженных в среднем сверх нормы за каждую смену.

B - нормативное количество больных из расчета на одну ставку (пост).

Количество больных, обслуженных в среднем сверх нормы за каждую смену (H), определяется по формуле:

$$H = \frac{Eб}{к}, \text{ где}$$

Eб - сумма больных, обслуженных сверх нормы за все смены месяца.

к - количество смен за месяц.

После определения КТУ производится расчет месячной заработной платы (первый вариант):

$$MЗ = Ст. \times КТУ.$$

MЗ - месячная заработная плата.

Ст. - размер должностной ставки.

ПРИМЕР расчета КТУ и начисления заработной платы врача, постовой медицинской сестры и младшей медицинской сестры по уходу при следующих условиях:

М - месячная норма часов	- 154
Φ - фактически отработанное количество часов	- 198
к - количество смен за месяц	- 10
с - коэффициент оплаты за совмещение профессий	- 0,2
ЕПК - сумма понижающих коэффициентов	- 0,2
Eб - сумма сверхнормативных больных за весь месяц	- 100
Ст. - размер должностного оклада сотрудника	- 4400р.
B - норма больных на 1 ставку (пост)	- 20

Выполнение простейших расчетов позволяют определить размер заработной платы:

$$H = \frac{Eб}{к} = \frac{100}{10} = 10;$$

$$T = \frac{\Phi \times H}{B} = \frac{198 \times 10}{20} = 99 \text{ ч.};$$

$$КТУ = \frac{\Phi + T}{M} + c - \text{ЕПК} = \frac{198 + 99}{154} + 0,2 - 0,2 = 1,93.$$

$$МЗ = \text{ст.} \times КТУ = 4400 \text{ р.} \times 1,93 = 8492 \text{ р.}$$

Как видно из приведенного примера, фактически отработанное время всего в 1,28 раза превышает нормативное, а расчетная заработная плата превышает размер ставки в 1,93 !, а если бы сотрудник не имел понижающих коэффициентов, то его КТУ был бы равен 2,13, а заработная плата соответственно превысила ставку в 2,13 раза и составила бы 9372 р.

При тех же условиях с использованием УКР (в нашем примере равном 0,98) заработная плата будет равна:

$$КТУ = \frac{\Phi + T}{M} \times \text{УКР} + c = \frac{198 + 99}{154} \times 0,98 + 0,2 = 2,09$$

$$МЗ = \text{ст.} \times КТУ = 4400 \text{ р.} \times 2,09 = 9196 \text{ р.}$$

За счет средств, удержанных за некачественное выполнение работы, формируется фонд коллектива, либо они переходят в распоряжение администрации, что оговаривается специально в договоре.

Второй вариант расчета заработной платы предусматривает полное распределение фонда зарплаты (ФЗП) между сотрудниками пропорционально размеру индивидуального КТУ (КТУ_і). При этом фонд для каждой категорий определяется отдельно. Например, для врачей это будет рассчитываться по формуле:

$$МЗ_{\text{вр}} = \frac{\text{ФЗП (вр)}^*}{\sum \text{КТУ}} \times \text{КТУ}_i, \text{ где,}$$

МЗ_{вр} - месячная зарплата врача;

ФЗП_{вр} - месячный фонд заработной платы врачей отделения;

∑КТУ - сумма КТУ врачей отделения;

КТУ_і - коэффициент трудового участия отдельного врача.

Более объективной представляется оплата труда врачей, осуществляющих консервативное лечение (включая врачей хирургического профиля), когда при расчете КТУ учитывается не только количественная сторона, но и СЛОЖНОСТЬ курируемых пациентов. Во всех больницах, в каждом отделении, с учетом профиля, для каждого заболевания либо группы заболеваний, устанавливается коэффициент сложности (КС), для самых сложных он равен 1.0, а для других выражается десятичной дробью. При этом даже при одном заболевании коэффициент сложности может быть разным, например, при гипертонической болезни в зависимости от стадии. Во избежание недоразумений при расчете КТУ, список этот должен быть достаточно подробный, а степень тяжести, особенность течения заболевания, должна оцениваться врачом совместно с заведующим отделением, а в спорных случаях с привлечением начмеда, специалистов кафедр.

Коэффициент трудового участия определяется для каждого врача индивидуально по формуле:

$$КТУ = КС1 \times \kappa1 + КС2 \times \kappa2 \dots\dots КСn \times \kappan + с - ЕПК$$

КС - коэффициент сложности определенного заболевания.
 к - количество пролеченных (пользованных) больных.

Возможно применение коэффициента уровня качества лечения (УКЛ):

$$КТУ = (КС1 \times \kappa1 + КС2 \times \kappa2 \dots\dots КСn \times \kappan) \times УКЛ + с.$$

При таком подходе заработная плата врача, работающего в отделении, будет зависеть не только от объема и качества выполненной им работы, а так же от объема и качества работы других врачей этого же отделения, т.е. способствовать возникновению конкуренции, заинтересованности в своем профессиональном росте.

Месячная заработная плата, как указывалось выше, определяется исходя из месячного фонда оплаты труда всех врачей отделения. Отдельно формируется фонд оплаты за дежурства (Д), который зависит от их количества в месяц по учреждению.

$$МЗ = \frac{\PhiЗП (вр)}{Е КТУ} \times КТУi + Д,$$

ПРИМЕР расчета заработной платы врачей отделения, в котором работает 4 специалиста при следующих условиях :

Врач (i) пролечил (выписал) за месяц 15 больных повышенной сложности (КС=1), 5 больных средней сложности (КС = 0,6) и 10 человек с заболеваниями, КС которых равен 0,4, за месяц не имел ни одного замечания по работе и было 5 дежурств, стоимость каждого из них 950 р.

$$КТУi = 1.0 \times 15 + 0.6 \times 5 + 0.4 \times 10 + 0 - 0 = 22$$

Второй врач (n) пролечил 15 человек со средней сложностью (КС=0.6), 2 с повышенной сложностью (КС=1), при этом у него было несколько замечаний ЕПКn = 1.5, отдежурил 3 раза.

$$КТУn = 1.0 \times 2 + 0.6 \times 15 + 0 - 1.5 = 11 - 1.5 = 9.5$$

Сумма всех коэффициентов трудового участия (ЕКТУ) врачей отделения равна 68. Фонд оплаты труда врачей (без фонда оплаты за дежурства) для врачей (ФЗП) равен 48000 р.

ЗП* - в данном примере и во всех остальных случаях имеются в виду средства без учета всевозможных надбавок (за стаж работы, квалификационную категорию, ночные и т.д.).

$$МЗi = \frac{\PhiЗП}{ЕКТУ} \times КТУi + Д = \frac{48000р.}{68} \times 22 + 950р. \times 5 = 15529 + 4750 = 20279 р.$$

Заработная плата второго врача будет равна:

$$M3n = \frac{\Phi3П}{EКТУn} \times KТУn + Д = \frac{48000 \text{ р.}}{68} \times 9.5 + 550 \times 3 = 6705 \text{ р.} + 950 \times 3 = 9555 \text{ р.}$$

При тех же условиях с применением УКЛ (в нашем примере равном 0.98) расчет будет следующим:

$$KТУi = (1.0 \times 15 + 0.6 \times 5 + 0.4 \times 10) \times 0.98 = 21.56$$

$$M3i = \frac{\Phi3П}{EКТУ} \times KТУi + Д = \frac{48000 \text{ р.}}{68} \times 21.56 + 950 \text{ р.} \times 5 = 15219 + 4750 = 19969 \text{ р.}$$

$$KТУn = (1.0 \times 2 + 0.6 \times 15) \times 0.98 = 10.78.$$

$$M3n = \frac{\Phi3П}{EКТУn} \times KТУn + Д = \frac{48000 \text{ р.}}{68} \times 10.78 + 950 \times 3 = 7610 + 2850 = 10640 \text{ р.}$$

Как видно из приведенного примера такой подход стимулирует врачей на curaцию сложных больных и не допускать погрешностей в работе.

При оплате труда ВРАЧЕЙ ХИРУРГОВ следует предусмотреть стимулирование оперативной активности, для этого весь фонд оплаты врачей хирургического отделения разделить на две части: фонд оплаты оперативной деятельности (ФООД), который должен быть не менее 2/3, а 1/3 предусмотреть для оплаты ведение больных (соотношение может быть другим, по усмотрению руководства и согласованию с коллективом), который условно можно назвать фондом консервативного лечения (ФКЛ). Расчет оплаты за консервативное лечение приведен выше (для отделение нехирургического профиля). Отдельно формируется фонд оплаты за дежурство, который, как правило, является общебольничным, т.к. дежурство осуществляется, зачастую, врачами из разных отделений.

Целесообразно ввести коэффициент сложности оперативного вмешательства (COB) для каждой операции либо группы операций, который должен отражать трудозатраты, связанные с ее проведением, и, следовательно, квалификацию специалиста, который способен ее выполнить. COB устанавливается для каждого учреждения (отделения) с учетом профиля и перечня проводимых оперативных вмешательств. Самые сложные имеют, например COB, равную 1.0, более простые выражаются десятичными дробями. COB за ассистирование во время операции должен быть на 50-75% ниже. Предварительно для каждого хирурга

определяется коэффициент оперативной активности (КОА), коэффициент консервативной активности (ККА).

$$КОА = COB1 \times k1 + COB2 \times k2 \dots + COBn \times kn + c - ЕПК;$$

КОА - коэффициент оперативной активности;

COB - коэффициент сложности оперативного вмешательства.

С использованием коэффициента УКЛ формула будет такой:

$$\text{КОА} = (\text{COB1} \times \kappa1 + \text{COB2} \times \kappa2 \dots + \text{COBn} \times \kappa n) \times \text{УКЛ} + c;$$

Формирование месячной заработной платы врачей (персонала) хирургического отделения несколько отличается и состоит из трех - за оперативную деятельность, курацию больных и дежурства:

$$\text{МЗi} = \frac{\text{ФООД}}{\text{ЕКОА}} \times \text{КОAi} + \frac{\text{ФКЛ}}{\text{ЕККА}} \times \text{ККАi} + \text{Дi}.$$

ПРИМЕР расчета доплаты за оперативную активность врачам отделения, в котором работает 6 хирургов, а фонд оплаты труда равен 60000 р., при этом ФООД составил 40000 р., а ФКЛ - 20000 р.

Хирург (i) провел 20 операций повышенной сложности (COB = 1); 20 операций средней сложности (COB = 0.4), ассистировал при 10 операциях повышенной сложности (COB за ассистирование 0.5), имел по работе замечания (ЕПК=1.0). Выписал 20 больных с высокой сложностью курации (КС=1.0), 10 больных с КС= 0.8, имел 6 дежурств, стоимость каждого 550 р. Замечаний по курации больных и на дежурствах не имел.

$$\text{КОAi} = 1.0 \times 20 + 0.4 \times 20 + 0.5 \times 10 - 1.0 = 33.0$$

Хирург (n) провел 15 операций средней степени сложности (COB = 0,4), ассистировал при проведении 10 операций повышенной сложности (COB за ассистирование и 0.5), имел замечания по работе (ЕПК=1.0), выписал 20 больных с КС=0.8, кроме того дежурил 6 раз:

$$\text{КОAn} = 0.4 \times 15 + 0.5 \times 10 - 1.0 = 10.0$$

Сумма КОА всех работающих в этом отделении врачей-хирургов равна 100. Сумма ККЛ тоже равна 80. Исходя из указанных условий, зарплата составит:

$$\text{МЗi} = \frac{\text{ФОД}}{\text{ЕКОА}} \times \text{КОAi} + \frac{\text{ФКЛ}}{\text{ЕККА}} \times \text{ККАi} + \text{Дi} = \frac{40000}{100} \times 33 + \frac{20000}{80} \times 28 + 950 \text{ р.} \times 6 = 13200 \text{ р.} + 7000 \text{ р.} + 5700 \text{ р.} = 25900 \text{ р.}$$

$$\begin{aligned} \text{МЗn} &= \frac{40000}{100} \times 10 + \frac{20000}{80} \times 16 + 950 \text{ р.} \times 6 = \\ &= 4000 + 4000 + 5700 = 13700 \text{ р.} \end{aligned}$$

С применением УКЛ расчет несколько отличается. В нашем примере УКЛi = 1.0, а УКЛn = 0.91:

$$KOA_i = (1.0 \times 20 + 0.4 \times 20 + 0.5 \times 10) \times 1.0 = 33.0$$

$$KOA_n = (0.4 \times 15 + 0.5 \times 10) \times 0.91 = 10.0$$

Расчет месячной заработной платы приведен выше.

Несмотря на кажущуюся громоздкость предлагаемых расчетов, они просты и требует лишь некоторых навыков, а самое главное, позволяют справедливо оплатить работу хирургов.

Оплата дежурств врачей в стационаре

Оплата дежурств врачей в стационаре должна предусматривать несколько обстоятельств. Прежде всего это обязательное присутствие на рабочем месте, независимо от состояния больных, находящихся в отделении и, соответственно, объема работы в связи с этим. Размер оплаты должен отражать количество принятых пациентов и оказание медицинской помощи им, что является трудно прогнозируемым.

Исходя из вышеизложенного, коэффициент для расчета размера оплаты за дежурство, должен включать постоянную величину, отражающую сам факт присутствия на рабочем месте, его продолжительность (П), выполнение традиционной работы (обходы, помощь, находящимся в стационаре, перевязки и т.д.). Величина этой составной пропорциональна количеству часов дежурства. Если за 1.0 принять 24 часа, то все остальные будут, соответственно, меньше. Например, при продолжительности в 16 часов эта величина будет равна 0.67 ($1.0 : 24 \times 16 = 0.67$). Другая часть коэффициента предусматривает оплату за прием и помощь вновь поступившим больным, консультации в приемном покое и т.д. При этом каждый вид деятельности должен иметь определенный коэффициент весомости (в виде десятичной дроби) в зависимости от сложности, например, прием и оказание помощи:

- Пневмония средней тяжести - 0.1;
- Обострение холецистита - 0.15;
- Инфаркт миокарда - 0.2 и т.д.

Естественно, указанные коэффициенты должны быть разными в зависимости от профиля отделений. Они могут быть либо для отдельных заболеваний (состояний), либо для групп.

Расчет коэффициента оплаты за дежурство (КОД) включает оценку качества выполненной работы либо с применением понижающих коэффициентов, либо коэффициента уровня качества лечения:

$$КОД = П1 \times N1 + П2 \times N2 + C_i \times n_i + \dots C_n \times n_n - ЕПК,$$

или

$$КОД = (П1 \times N1 + П2 \times N2 + C_i \times n_i + \dots C_n \times n_n) \times УКЛ, \quad \text{где}$$

- КОД - коэффициент оплаты за дежурство;
- N - количество дежурств;
- C - коэффициент сложности мероприятий во время дежурства;
- n - количество мероприятий;
- ЕПК - сумма понижающих коэффициентов;
- УКЛ - уровень качества лечения;
- П - продолжительность дежурства.

Для оплаты дежурств целесообразно выделять соответствующий фонд заработной платы (ФОД), исходя из этого заработная плата за дежурства (ЗПД) определяется по формуле:

$$\text{ЗПД}_i = \frac{\text{ФОД}}{\text{ЕКОД}} \times \text{КОД}_i, \text{ где}$$

ЗПД - заработная плата за дежурства;
 ЕКОД - сумма коэффициентов оплаты за дежурство;
 ФОД - фонд оплаты дежурств;
 КОД_i - индивидуальный коэффициент оплаты за дежурство.

ПРИМЕР при десяти дежурантах с фондом оплаты (ФОД) равном 33000 р. и сумме коэффициентов оплаты за дежурства (ЕКОД) всех врачей равной 66.

Первый врач (i) продежурил 5 раз, из них 4 (N1) суточных, одно (N2) 16 часов, имел замечания (ЕПК = 0.2). Он принял и оказал

помощь 18 человекам, в т.ч. 5 с коэффициентом сложности C = 0.2; у 10-и C = 0.1; у 3-х C = 0.3.

Второй врач (n) дежурил 3 раза, из них одно (N1) суточное и два по 16 часов (N2), имел замечания (УКЛ = 0.93), принял и оказал помощь 8 человекам, в т.ч. 3-м с C = 0.1, 4-м с C = 0.15 и одному с C = 0.3.

Для наглядности первому врачу расчет коэффициент производится с применением ЕПК, а второму с УКЛ:

$$\text{КОД}_i = \text{П1} \times \text{N1} + \text{П2} \times \text{N2} + \text{C}_i \times \text{ni} \dots + \text{C}_n \times \text{nn} - \text{ЕПК} =$$

$$1 \times 4 + 0.67 \times 1 + 0.2 \times 5 + 0.1 \times 10 + 0.3 \times 3 - 0.2 = 7.57 - 0.2 = 7.37$$

Второму врачу коэффициент оплаты за дежурства проводится, как указывалось выше, с использованием УКЛ:

$$\text{КОД}_n = (\text{П1} \times \text{N1} + \text{П2} \times \text{N2} + \text{C}_i \times \text{ni} \dots \text{C}_n \times \text{nn}) \times \text{УКЛ}$$

$$= (1 \times 1 + 0.67 \times 2 + 0.1 \times 3 + 0.15 \times 4 + 0.3 \times 1) \times 0.93 = 3.54 \times 0.93 = 3.29.$$

Исходя из условий примера, размер оплаты за дежурства составит:

$$\text{ЗПД}_i = \frac{\text{ФОД}}{\text{ЕКОД}} \times \text{КОД}_i = \frac{66000 \text{ р.}}{66} \times 7.37 = 7370 \text{ р.}$$

$$\text{ЗПД}_n = \frac{\text{ФОД}}{\text{ЕКОД}} \times \text{КОД}_n = \frac{66000 \text{ р.}}{66} \times 3.29 = 3290 \text{ р.}$$

Приведенные принципы могут быть применены при расчете оплаты труда сотрудников скорой и неотложной медицинской помощи.

Оплата за дежурства может осуществляться исходя из фиксированной стоимости одного дежурства, естественно, с учетом продолжительности, как это приведено ранее, т.е. стоимость дежурства умножается на их количество и прибавляется к основному заработку.

Учет рабочего времени и расчет КТУ некоторых сотрудников амбулаторно-поликлинических учреждений и вспомогательных служб

Обязательным условием успешного внедрения всех форм подряда в работе участковой службы является полная и достоверная перепись населения, распределение его по участкам с учетом возрастного состава и его протяженности. В связи с этим количество населения на каждом из них будет разное и оно должно рассматриваться как норма для этого участка.

Расчет КТУ и заработной платы участкового врача можно провести традиционно по формуле:

$$\text{КТУ} = \frac{\Phi}{\text{Н}} - \text{ЕПК} + \text{С}; \quad \text{МЗ} = \text{Ст.} \times \text{КТУ}, \text{ где}$$

Φ - фактически обслуживаемое население;
 Н - нормативное для данного участка количество населения;
 ЕПК - сумма понижающих коэффициентов за недостатки в работе.

ПРИМЕР расчета КТУ и заработной платы участковому врачу:

Φ - фактически обслуживаемое население - 2500 чел.;
 Н - нормативное количество на участке - 1700 чел;
 Ст. - размер должностной ставки - 9600р.;
 ЕПК - сумма понижающих коэффициентов - 0;
 С - коэффициент за совмещение профессий - 0.

$$\text{КТУ} = \frac{\Phi}{\text{Н}} - \text{ЕПК} + \text{С}; \quad \text{МЗ} = \text{Ст.} \times \text{КТУ}, \text{ где}$$

$$\text{КТУ} = \frac{\Phi}{\text{Н}} - \text{ЕПК} + \text{с} = \frac{2500}{1700} - 0 + 0 = 1.47.$$

$$\text{МЗ} = 9600 \text{ р.} \times 1.47 = 14112 \text{ р.}$$

Таков же принцип расчета КТУ и заработной платы для участковых медицинских сестер. В отличие от врачей для них вводится коэффициент 1.5 либо 1.25 (по договоренности между сотрудниками и администрацией), в связи с тем, что на одну ставку участкового врача предусмотрено 1.5 ставки медицинской сестры, но при этом, с обоюдного согласия представителей участковой службы и администрации, часть работы передается другим лицам, соответственно и коэффициент для участковой медицинской сестры будет менее 1.5.

ПРИМЕР расчета заработной платы участковой медицинской сестры при тех же условиях, что и в ранее приведенном примере с участковым врачом и размере ставки равном

5200 р., она работала без замечаний (ЕПК = 0), кроме того, она совмещала должность процедурной сестры (С = 0.1):

$$КТУ = \frac{\Phi}{Н} \cdot ЕПК + С = \frac{2500}{1700} \cdot 0 + 0.1 = 1.47 + 0.1 = 1.57$$

$$МЗ = 1.25 \times 5200 \times 1.57 = 10205 \text{ р.}$$

При расчете КТУ участковой службы также возможно применение упоминавшихся уже коэффициентов уровня качества лечения (УКЛ) и уровня качества работы (УКР), в связи с чем, формулы несколько изменятся.

$$КТУ_{вр} = \frac{\Phi}{Н} \times УКЛ + С \times УКЛ;$$

$$КТУ_{мс} = 1,25 \times \frac{\Phi}{Н} \times УКР + С \times УКР;$$

Определение размеров заработной платы может производиться как для врачей, так и для медицинских сестер с разделением фонда заработной платы на врачебный и сестринский, соответственно, используя сумму КТУ всех врачей или медицинских сестер.

$$МЗ_i = \frac{\PhiЗП}{ЕКТУ} \times КТУ_i, \text{ где}$$

МЗ_і - месячная заработная плата специалиста;
 ФЗП - фонд заработной платы специалистов;
 ЕКТУ - сумма коэффициентов трудового участия соответственно врачей или медицинских сестер;

КТУ_і - коэффициент трудового участия отдельного сотрудника.

ПРИМЕР расчета заработной платы участковых врачей отделения при следующих условиях:

ЕКТУ - 10 (в отделении 10 врачебных ставок);

КТУ_і - 1.49;

КТУ_п - 1.10;

ФЗП - 98000 р.

$$МЗ_i = \frac{98000}{10} \times 1,49 = 14602 \text{ р.};$$

$$МЗ_n = \frac{98000}{10} \times 1,10 = 10780 \text{ р.}$$

Наиболее объективным и перспективным является оплата исходя из количества обслуживаемого населения и применения принципа "подушевого" финансирования. При

этом все то, что делается не участковым врачом, оплачивается за счет средств, выделенных для участка. Таким образом, врач будет заинтересован в оказании большего объема помощи собственными силами, включая все виды профилактики, в том, чтобы жители его участка меньше болели, т.к. именно при этом условии больше средств сохранится, естественно и врач с участковой медицинской сестрой вправе рассчитывать на дополнительное вознаграждение. Доплата из сэкономленных средств, осуществляется либо ежемесячно, либо, что целесообразней, ежеквартально. В течение всех месяцев квартала выплачивается заработная плата в соответствии выше приведенными расчетами, либо выплачивается в размере установленной ставки в качестве аванса. Из суммы, предусмотренной для жителей района обслуживания при "подушевом" финансировании (С), вычитается заработная плата участкового врача и медицинской сестры (ЗП), расходы на содержание административно-управленческого аппарата (АУА) и за лечение пациентов в стационарах, обследование, выполнение других назначений проведенных в лабораториях, физиокабинете и т.д. (ДР). Оставшаяся сумма используется для окончательного расчета заработной платы за квартал. Она делится между врачом и медицинской сестрой. При этом если заработная плата врача принимается за 1.0 (КДвр), то коэффициент доплаты медицинской сестре (КДмс) определяется как отношение ее ставки (с учетом поправочного коэффициента 1.5 - 1.25) к врачебной (КДмс). В нашем примере это $2200р. \times 1.4 : 3600 р. = 0.85$. Размер доплаты врачу и медицинской сестре можно определить по формулам:

$$СД = С - ЗП - АУА - ДР;$$

$$Двр = \frac{СД}{СК} \times КДвр; \quad Дмс = \frac{СД}{СК} \times КДмс.$$

Более объективным представляется расчет коэффициентов доплаты с учетом качества выполненной работы (применением понижающих коэффициентов (ПК), либо коэффициентов уровня качества лечения (УКЛ) и уровня качества работы (УКР):

$$Двр = \frac{СД}{СК} \times КДвр \times УКЛ; \quad Дмс = \frac{СД}{СК} \times КДмс \times УКР.$$

СД - сумма доплаты персоналу по итогам работы за квартал;

С - общая сумма, выделенная участку для организации профилактической работы и оказания медицинской помощи жителям района обслуживания на квартал;

ЗП - выплачено врачу и медсестре за квартал в виде аванса;

АУА - выплачено на содержание административно-управленческого аппарата и хозяйственные нужды;

ДР - прочие расходы за обследование и лечение больных, проведение профилактических мероприятий и т.д.;

СК - сумма коэффициентов доплаты врача (КДвр) и медсестры(КДмс);

КДвр - коэффициент доплаты врачу;

КДмс - коэффициент доплаты медсестре;

Двр - сумма доплаты врачу за квартал;

дмс - сумма доплаты медицинской сестре за квартал.

ПРИМЕР расчета доплаты участковому врачу и медицинской сестре:

С - общая сумма, выделенная участку для организации профилактической работы и оказания медицинской помощи жителям района обслуживания на квартал - 1800000 руб.;

ЗП - выплачено врачу и медсестре за квартал - 21000 руб.;

АУА - выплачено на содержание административно-управленческого аппарата, хозяйственные нужды, развитие учреждения - 800000 руб.;

ДР - прочие расходы за обследование и лечение больных, профилактические мероприятия и т.д. - 850000 руб.

СД - сумма доплаты персоналу - 129000 руб.

КДвр - коэффициент доплаты врачу - 1.0

КДмс - коэффициент доплаты медицинской сестре - 0.85

$$\text{Двр} = \frac{\text{СД}}{\text{СК}} \times \text{КДвр} = \frac{129000}{1.85} \times 1.0 = 69729 \text{ руб.}$$

$$\text{Дмс} = \frac{\text{СД}}{\text{СК}} \times \text{КДмс} = \frac{129000}{1.9} \times 0.85 = 59270 \text{ руб.}$$

При тех же самых условиях с применением коэффициентов, отражающих качество работы (УКЛ = 0.95; УКР = 0.9), размер зарплаты будет другим:

$$\text{Двр} = \frac{\text{СД}}{\text{СК}} \times \text{КДвр} \times \text{УКЛ} = \frac{129000}{1.85} \times 1.0 \times 0.95 = 66242 \text{ р.}$$

$$\text{Дмс} = \frac{\text{СД}}{\text{СК}} \times \text{КДмс} \times \text{УКР} = \frac{129000}{1.85} \times 0.85 \times 0.90 = 53343 \text{ р.}$$

Оплату "узких" специалистов целесообразно проводить в виде выплаты гонораров за все, что они в состоянии делать (консультации, лечебные процедуры и т.д.). Каждая предоставляемая ими услуга должна соответственно иметь "внутреннюю цену" и оплачивается за счет средств участка, направившего пациента.

Для организации оплаты труда ДРУГИХ СОТРУДНИКОВ 0 поликлиники (регистратуры, физиослужбы, процедурного кабинета и др.) целесообразно использовать бригадные форма подряда, определяя для них фонд заработной платы, исходя из количества ставок, положенных по штатному расписанию.

Возможно два варианта расчета КТУ и заработной платы, ПЕРВЫЙ:

$$\text{КТУ} = \frac{\text{КШ}}{\text{КФ}} - \text{ЕПК} + \text{с, где}$$

КШ - количество ставок, предусмотренных штатным расписанием;

КФ - количество фактически работающих лиц.

ПРИМЕР расчета заработной платы сотрудников регистратуры:

КШ - количество ставок по штатному расписанию - 5;

КФ - фактически работало - 3;

Ст. - размер должностной ставки - 2500р.;

Для одной из сотрудниц установлен коэффициент совмещения профессии 0.3, при этом ЕПК = 0.1, при условии, что все сотрудники отработали одинаковое количество часов за месяц.

$$\text{КТУ} = \frac{\text{КШ}}{\text{КФ}} - \text{ЕПК} + \text{с} = \frac{5}{3} - 0.1 + 0.3 = 1.67 + 0.2 = 1.87$$

$$\text{МЗ} = 2500 \text{ р.} \times 1.87 = 4675 \text{ р.}$$

Второй сотрудник не имел понижающих коэффициентов и не совмещал, его заработная плата составит при тех же условиях:

$$\text{КТУ} = \frac{\text{КШ}}{\text{КФ}} - \text{ЕПК} + \text{с} = \frac{5}{3} + 0 - 0 = 1.67$$

$$\text{МЗ} = 2500 \text{ р.} \times 1.67 = 4175 \text{ р.}$$

ВТОРОЙ ВАРИАНТ учитывает количество отработанных часов каждым членом бригады и является более объективным:

$$\text{МЗ} = \frac{\text{ФБ}}{\text{Ч}} \times (\text{ч} - \text{ч} \times \text{ЕПК}) + \text{Ст.} \times \text{с}, \text{ где}$$

- Ч - сумма часов, выработанных всеми членами бригады;
- ч - сумма часов, выработанных одним членом бригады;
- Ст. - размер ставки по совмещаемой профессии;
- с - коэффициент совмещения.

ПРИМЕР расчета заработной платы по второму варианту:

- Ч - общее количество часов, отработанных всеми членами бригады - 500;
- ч - работающие в бригаде выработали разное количество часов:
 - первый - 250 ч.;
 - второй - 150 ч.;
 - третий - 100 ч.
- ФБ - фонд заработной платы бригады равен – 15000 р.
- Ст - ставка совмещаемой профессии - 3200 р.

Двое (первый и второй) работали без замечаний (ЕПК = 0), а у третьего ЕПК = 0.1, за совмещение профессии все они имели коэффициент 0.3.

$$\text{МЗ (первого)} = \frac{15000}{500} \times (250 - 250 \times 0) + 3200 \text{ р.} \times 0.3 =$$

$$30 \text{ р.} \times 250 + 960 \text{ р.} = 8460 \text{ р.}$$

$$\begin{aligned} \text{МЗ (третьего)} &= \frac{15000}{500} \times (100 - 100 \times 0.1) + 3200 \text{ р.} \times 0.3 \\ &= 30 \text{ р.} \times 90 + 960 \text{ р.} = 3660 \text{ р.} \end{aligned}$$

Примечание. Для перечисленных в этом разделе категорий сотрудников при расчете КТУ могут применяться коэффициенты уровня качества работы (УКР) как для персонала стационаров и участковой службы.

Учет рабочего времени и расчет КТУ сотрудников параклинических служб

В основу расчета КТУ для сотрудников параклинических служб необходимо взять соотношение фактически выполненной работы и нормативной (либо в условных единицах, либо в объеме, выраженном в каких-либо других сопоставимых значениях).

$$\text{КТУ} = \frac{\Phi}{\text{Н}} - \text{ЕПК}^* + \text{с}, \text{ где}$$

- Φ - фактически выполненный объем работы (в единицах);
- Н - нормативный объем (в единицах);
- ЕПК - сумма понижающих коэффициентов;
- с - коэффициент оплаты за совмещение профессий.

ПРИМЕР расчета заработной платы сотрудникам параклинических служб:

- Н - нормативный объем - 1500 ед.
- Φ - фактический объем - 2200 ед.
- ЕПК - сумма понижающих коэффициентов - 0
- с - коэф. доплаты за совмещение проф. - 0.3
- Ст. - размер должностной ставки - 3500 р.

$$\text{КТУ} = \frac{\Phi}{\text{Н}} - \text{ЕПК} + \text{с} = \frac{2200}{1500} - 0 + 0.3 = 1.47 + 0.3 = 1.77$$

$$\text{МЗ} = 3500 \text{ р.} \times 1.77 = 6195 \text{ р.}$$

Возможен второй вариант расчета КТУ исходя из сложности, проводимых сотрудником исследований и их количества с использованием коэффициента сложности (КС),

ЕПК* - вместо понижающих коэффициентов можно применять УКР.

который устанавливается на все виды, либо на группы равноценных по трудоемкости процедур. При этом как указывалось ранее, самый высокий коэффициент равен 1.0.

$$\text{КТУ} = (\text{КС}_i \times n_i + \dots + \text{КС}_n \times n_n) - \text{ЕПК} + \text{с}, \text{ где}$$

- КС - коэффициент сложности исследования;
- n - количество проведенных исследований.

Распределение заработной платы (МЗ) между сотрудниками производится по формуле :

$$МЗ = \frac{\Phi ЗП}{ЕКТУ} \times КТУ_i$$

Расчет производится по аналогии с определением КТУ и начислению заработной платы хирургов с учетом коэффициента сложности.

Из приведенных выше формул видно, что расчет КТУ для определенной специальности имеет свою особенность, однако все они предусматривают оплату с учетом объема и качества выполненной работы, т.е. в основе всех их лежит формула:

$$КТУ = \frac{\Phi}{Н} - ЕПК + С, \text{ где}$$

- Φ - фактически выполненная работа;
- Н - работа, предусмотренная нормативами;
- ЕПК - понижающие коэффициенты;
- С - коэффициент за совмещение профессии.

Возможен расчет исходя из сложности выполняемой работы по формуле:

$$КТУ = (КCi \times ni + \dots + КCn \times nn) - ЕПК + с, \text{ где}$$

- КС - коэффициент сложности определенной услуги;
- n - количество услуг.

Контроль за качеством работы в подрядных коллективах

Проблема качества медицинской помощи для лечебно-профилактических учреждений и их подразделений актуальна, т.к. в складывающихся условиях это является для них определяющим фактором успешной их деятельности и финансового благополучия.

Для совершенствования лечебно-диагностического процесса, оценки качества труда сотрудников, важна постановка экспертизы медицинской помощи, которая производится по первичной документации (амбулаторная карта, история болезни) и другой учетной документации. Как правило, в учреждениях экспертная оценка первичной документации осуществляется в три этапа.

Таблица 5. Полномочия должностных лиц по осуществлению контроля за качеством работы персонала

№№	Контролируемые должностные лица	Контролирующие должностные лица									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10*
1.	Мл. медсестры по уходу	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2.	Сестры-хозяйки	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+
3.	Средний медицинский персонал	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+
4.	Ст. медсестры, ст. лаборанты	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+
5.	Главные медсестры	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
6.	Врачи	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+
7.	Зав. отделениями (службами)	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+

8.	Заместители руководителя учреждения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
9.	Руководители учреждения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+

ПРИМЕЧАНИЕ (условные обозначения, используемые в таблице):

1. Цифры обозначенные вверху, т.е. лица, осуществляющие контроль, соответствуют названиям должностей, расположенным по вертикали. Например 5 - это главные медицинские сестры и т.д.

2. + - указывает кого может контролировать то или иное должностное лицо.

3. 10* - это представители вышестоящих органов управления здравоохранением, страховых медицинских организаций.

На первом этапе экспертизу проводит заведующий отделением. В стационаре он просматривает истории болезни всех выписываемых, а в поликлинике выборочно 10-20% закончивших лечение.

На втором этапе экспертную оценку проводит заместитель главного врача, просматривая 5-10% историй болезни выписанных больных и амбулаторных карт, закончивших лечение в поликлинике.

На третьем этапе работает экспертная комиссия, либо специально привлекаемые руководством учреждения эксперты, которые анализируют материалы, полученные на первых двух этапах, рассматривают спорные случаи.

Вместе с тем, обеспечение качества медицинской помощи будет эффективней тогда, когда это станет делом всего коллектива. Кроме указанного контроля за правильностью ведения больных и оформлением документации, необходимо следить за правильностью организации работы параклинических и вспомогательных служб. По усмотрению руководства могут создаваться комиссии, группы для проведения как разовых, так и систематических проверок. Кроме того, контроль за качеством выполнения персоналом своих обязанностей, должны осуществляться постоянно должностными лицами в соответствии со служебной иерархией, т.е. вышестоящие контролируют нижестоящих сотрудников (табл. 5). Все дефекты в работе, замечания, заносятся либо в журнал учета замечаний, который должен быть в каждом подразделении либо в "паспорт качества", который имеет каждый сотрудник.

Журнал учета замечаний должен включать следующие графы:

1. ФИО сотрудника, которому делается замечание;
2. Содержание замечания;
3. Дата и время занесения замечания в журнал;
4. ФИО, сделавшего замечание;
5. Подпись, сделавшего замечание;
6. Запись об ознакомлении заведующего подразделением и принятых мерах.

"Паспорт качества" имеет все такие же графы, за исключением первой, т.к. он принадлежит определенному сотруднику.

Замечания в адрес руководителей подразделений оформляются в форме докладной записки на имя руководителя учреждения либо акта по результатам проверки с предложениями по устранению выявленных дефектов в работе, а также мерах материального воздействия на должностное лицо.

ЦЕЛЕВАЯ МОТИВАЦИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Для решения конкретно поставленных задач и достижения конкретного результата очень важна правильная мотивация сотрудников, занятых в этом процессе. При этом целесообразно создавать специальный фонд оплаты (стимулирования) труда и установить конкретные критерии для объективной оценки работы персонала. Механизм расчета стимулирующих надбавок должен быть известен и понятен тем, кого он касается.

Ниже приводится в качестве примера порядок стимулирования расширения доступности медицинской помощи, а так же повышения ее качества на основе внедрения стандартов.

Оценке показателей деятельности и расчета размера стимулирующих выплат, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной помощи

Для оценки качества деятельности специалистов приказом главного врача учреждения создается комиссия, количественный и персональный состав которой согласовывается с профсоюзной организацией. В состав комиссии включается секретарь, в функции которого входит сбор необходимых данных для учета и расчета выполнения показателей деятельности специалистов (до 10 числа месяца, следующего за отчетным).

На каждого специалиста, участвующего в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной помощи, ведется карта учета и оценки показателей деятельности специалиста (формы 1, 2). Заполнение карт осуществляется секретарем комиссии на основании поступающих данных. Заполненные карты представляются комиссии для оценки деятельности специалистов; председателем и секретарем комиссии ежемесячно заверяются представленные показатели (ставятся личные подписи в соответствующих графах. По результатам оценки деятельности специалистов составляется акт, подписываемый всеми членами комиссии.

Заполненные и заверенные карты учета и оценки показателей деятельности хранятся в комиссии у секретаря. На основании карт ведется таблица со сводной информацией (форма 3) о размере индивидуального коэффициента результатов деятельности (ИКРД) по всем специалистам с разбивкой по двум группам (специалисты с высшим медицинским образованием и специалисты со средним медицинским образованием). После подписи сводной таблицы председателем и секретарем комиссии (на основании решения комиссии) таблица направляется в бухгалтерию учреждения для определения размера денежных выплат стимулирующего характера специалистам. После завершения расчета размера выплат таблица возвращается секретарю комиссии.

Порядок учета показателей деятельности специалистов с высшим медицинским образованием

1. Процент выполнения нормативов объемов медицинской помощи на одну должность врача-специалиста исходя из функции врачебной должности.

Для каждого специалиста приказом главного врача учреждения устанавливается плановый объем деятельности на год с разбивкой на месяцы. Используются нормативные показатели функции должностей врачей, установленные Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области на 2011-2012 годы. Процент выполнения плана учитывается ежемесячно подразделением статистики учреждения; результат направляется секретарю комиссии учреждения до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

2. Процент выявленных на ранней стадии заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом

Для оценки показателя используется общее число заболеваний, впервые выявленных специалистом у пациентов в течение месяца (по данным подразделения статистики). Число заболеваний, выявленных на ранней стадии, равно числу впервые выявленных заболеваний минус число запущенных заболеваний, выявленных специалистом.

3. Процент выявленных запущенных заболеваний по профилю врача-специалиста от общего числа заболеваний, выявленных врачом-специалистом

Для оценки показателя используется общее число заболеваний, впервые выявленных специалистом у пациентов в течение месяца (по данным подразделения статистики), и число запущенных заболеваний.

Факт выявления запущенных заболеваний врачом-специалистом устанавливается на

основании результатов ведомственного (в установленном для ЛПУ объеме) и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, оформленных соответствующими документами (акт, заключение, протокол). Копия документа, подтверждающего факт выявления запущенного заболевания, направляется секретарю комиссии по мере поступления должностным лицом, составившим (получившим) документ.

4. Процент случаев расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинического диагноза стационара от общего числа направленных в стационар

Общее число пациентов, направленных в стационар, учитывается подразделением статистики учреждения. Факт выявления расхождения диагноза устанавливается на основании результатов ведомственного контроля качества медицинской помощи на уровне врачебной комиссии, проводимого в 5-дневный срок при поступлении в поликлинику извещения из стационара с указанием данного дефекта.

5. Процент осложнений при проведении операций, лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации (для врачей-специалистов хирургического профиля), от общего числа проведенных операций, лечебно-диагностических манипуляций

Общее число операций, лечебно-диагностических манипуляций учитывается подразделением статистики учреждения. Факт выявления осложнения устанавливается на основании результатов ведомственного (врачебная комиссия учреждения) и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, оформленных соответствующими документами (акт, заключение, протокол). Копия документа, подтверждающего факт осложнения, направляется секретарю комиссии по мере поступления должностным лицом, составившим (получившим) документ.

6. Процент случаев несвоевременной госпитализации, приводящей к ухудшению состояния больного или развитию осложнений, по информации, представленной медицинской организацией, оказывающей стационарную медицинскую помощь, от общего числа направленных в стационар

Общее число пациентов, направленных в стационар, учитывается подразделением статистики учреждения. Факт выявления случая несвоевременной госпитализации устанавливается на основании результатов ведомственного контроля качества медицинской помощи на уровне врачебной комиссии, проводимого в 5-дневный срок при поступлении в поликлинику извещения из стационара с указанием данного дефекта.

7. Процент случаев направления на плановую госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме в соответствии с установленными требованиями к предварительному обследованию от общего числа больных, направленных в стационар

Общее число пациентов, направленных в стационар, учитывается подразделением статистики учреждения. Факт выявления случая направления на плановую госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме устанавливается на основании результатов ведомственного контроля качества медицинской помощи на уровне врачебной комиссии, проводимого в 5-дневный срок при поступлении в поликлинику извещения из стационара с указанием данного дефекта.

8. Отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации (отсутствие жалоб – 0/наличие нарушений – количество жалоб)

Наличие обоснованных жалоб на работу специалисты учитывается в учреждении в установленном порядке на основании результатов рассмотрения на различных уровнях. Копия документа, подтверждающего обоснованность жалобы (справка, приказ, заключение экспертизы и т.д.) направляется секретарю комиссии в 3-дневный срок после поступления (оформления) должностным лицом учреждения, ответственным за работу с обращениями граждан.

9. Процент случаев некачественного оформления медицинской документации от общего количества случаев оформленной медицинской документации на основании актов

проведения внутриведомственной (в установленном для ЛПУ объеме) или вневедомственной экспертизы

Факт некачественного оформления медицинской документации устанавливается по результатам ведомственного или вневедомственного контроля качества медицинской помощи на основании соответствующего документа (акт, заключение, справка и т.д.), копия которого направляется секретарю комиссии по мере поступления должностным лицом, составившим (получившим) документ.

За общее количество случаев оформленной медицинской документации принимается фактическое число посещений данного специалиста (предоставляется подразделением статистики учреждения).

10. Показатели 2-4, 6-7 для специалистов диагностического профиля не учитываются; Показатель 5 не учитывается для специалистов терапевтического профиля.

Порядок учета показателей деятельности специалистов со средним медицинским образованием:

1. Соблюдение СанПин - №3.1.5.10 от 11.01.11 «По профилактике ВИЧ-инфекции» (отсутствие нарушений – 0/наличие нарушений – количество случаев)

2. Соблюдение СанПин - №2.1.7.2790-10 «Санитарно-противоэпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (отсутствие нарушений – 0/наличие нарушений – количество случаев)

3. Отсутствие случаев нарушения других установленных санитарных правил и норм (отсутствие нарушений – 0/наличие нарушений – количество случаев)

Факт случая нарушения по п.п. 1-3 устанавливается по результатам ведомственных и вневедомственных проверок, оформленных соответствующим документом (акт, справка, заключение и т.д.), копия которого направляется секретарю комиссии по мере поступления должностным лицом, составившим (получившим) документ.

4. Отсутствие осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации (отсутствие нарушений – 0/наличие нарушений – количество случаев)

Факт выявления осложнения устанавливается на основании результатов ведомственного (врачебная комиссия учреждения) и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, оформленных соответствующими документами (акт, заключение, протокол). Копия документа, подтверждающего факт осложнения, направляется секретарю комиссии по мере поступления должностным лицом, составившим (получившим) документ.

5. Отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации (отсутствие жалоб – 0/наличие нарушений – количество жалоб)

Наличие обоснованных жалоб на работу специалисты учитывается в учреждении в установленном порядке на основании результатов рассмотрения на различных уровнях. Копия документа, подтверждающего обоснованность жалобы (справка, приказ, заключение экспертизы и т.д.) направляется секретарю комиссии в 3-дневный срок после поступления (оформления) должностным лицом учреждения, ответственным за работу с обращениями граждан.

6. При отсутствии нарушений по каждому показателю начисляется 5 баллов (максимум – 25 баллов); при наличии нарушений вычитается соответствующее число баллов (по 0,5 балла за каждое нарушение, жалобу).

Основными источниками показателей являются медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04), карта диспансеризации ребенка (учетная форма № 030-Д/у).

Карты и сводная таблица с информацией по учету и оценке показателей качества работы специалистов могут вестись в электронном виде при наличии возможности заверять внесенные записи цифровой подписью председателя и секретаря комиссии учреждения. Таблица со сводной информацией может передаваться в бухгалтерию по внутренней

электронной сети учреждения.

Рекомендации к расчету размера стимулирующих выплат по итогам учета и оценки показателей качества работы специалистов:

1. На основании регистра подсчитывается суммарное количество занятых ставок. Врачебные ставки берутся с коэффициентом 2 (т.е. число занятых ставок врачей-специалистов умножается на 2), ставки среднего медицинского персонала - с коэффициентом 1 (т.е. фактическое число).

2. Сумма денежных средств, полученных на оплату труда специалистов, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, за исключением средств резервного фонда, сформированного для осуществления расходов, связанных с выплатой отпускных, районного коэффициента и других компенсационных выплат, установленных Трудовым кодексом, а также за вычетом начислений на выплаты по оплате труда, делится на 2 группы (сумма стимулирующих выплат врачам – специалистам и сумма стимулирующих выплат специалистам со средним медицинским образованием) пропорционально суммарному количеству занятых ставок (врачей – в двойном размере и среднего медицинского персонала – в одинарном).

3. Сумма стимулирующих выплат по каждой группе делится на сумму ИКРД, полученных соответственно врачами – специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, для определения стоимости единицы ИКРД в каждой группе.

4. Размер стимулирующей выплаты специалиста определяется как произведение ИКРД специалиста на стоимость единицы ИКРД в соответствующей группе.

5. Бухгалтерия учреждения проводит начисление стимулирующих выплат специалистам за фактически отработанное время.

Условия выплаты и порядок начисления стимулирующих выплат специалистам устанавливаются в соответствии с положением, утвержденным главным врачом учреждения по согласованию с профсоюзным органом.

3.3	% выявленных запущенных заболеваний													
3.4	оценка в баллах													
4	Процент случаев расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинического диагноза стационара от общего числа направленных в стационар													
4.1	общее число направленных в стационар													
4.2	число случаев расхождения диагноза со стационаром													
4.3	% случаев расхождения диагноза													
4.4	оценка в баллах													
5	Процент осложнений при проведении операций, лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации (для врачей-специалистов хирургического профиля), от общего числа проведенных операций, лечебно-диагностических манипуляций													
5.1	общее число операций, манипуляций													
5.2	число осложнений													
5.3	% осложнений													
5.4	оценка в баллах													
6	Процент случаев несвоевременной госпитализации, приводящей к ухудшению состояния больного или развитию осложнений, по информации, представленной медицинской организацией, оказывающей стационарную медицинскую помощь, от общего числа направленных в стационар													
6.1	общее число направленных в стационар													
6.2	число случаев несвоевременной госпитализации													
6.3	% случаев несвоевременной госпитализации													
6.4	оценка в баллах													
7	Процент случаев направления на плановую													

	госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме в соответствии с установленными требованиями к предварительному обследованию от общего числа больных, направленных в стационар												
7.1	общее число направленных на плановую госпитализацию												
7.2	число случаев направления без обследования												
7.3	% случаев направления без обследования												
7.4	оценка в баллах												
8	Процент случаев некачественного оформления медицинской документации от общего количества случаев оформленной медицинской документации на основании актов проведения внутриведомственной или вневедомственной экспертизы												
8.1	общее количество оформленной документации												
8.2	число случаев некачественного оформления												
8.3	% случаев некачественного оформления												
8.4	оценка в баллах												
9	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации (отсутствие жалоб – 0/наличие нарушений – количество жалоб)												
9.1	число обоснованных жалоб												
9.2	количество снятых баллов (по 0,5 за 1 жалобу)												
10	Оценка в баллах по всем пунктам												
10.1	Общая оценка по набранным баллам (сумма п.п. 1-8, минус п. 9)												
10.2	Общая оценка в баллах по нормативу 40 для специалистов хирургического профиля 35 для специалистов терапевтического профиля												

	15 для специалистов диагностического профиля												
10.3	Индивидуальный коэффициент результатов деятельности (значение п. 10.1 / значение п. 10.2)												
11	Подписи членов комиссии												
11.1	Председатель комиссии – Фамилия, инициалы												
11.2	Секретарь комиссии – Фамилия, инициалы												

Форма 2. Образец

КАРТА

учета и оценки показателей качества работы специалиста со средним медицинским образованием, участвующего в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках программы модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 года

(должность, ФИО полностью)

№№ п/п	Наименование показателей \ Месяц	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1	Соблюдение СанПин - №3.1.5.10 от 11.01.11 «По профилактике ВИЧ-инфекции» (отсутствие нарушений -0/ наличие нарушений – количество случаев)												
1.1	число случаев нарушений												
1.2	число снятых баллов (0,5 за 1 случай)												
2	Соблюдение СанПин - №2.1.7.2790-10												

	«Санитарно-противоэпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (отсутствие нарушений – 0/ наличие нарушений – количество случаев)													
2.1	число случаев нарушений													
2.2	число снятых баллов (0,5 за 1 случай)													
3	Отсутствие случаев нарушения других установленных санитарных правил и норм (отсутствие нарушений – 0/ наличие нарушений – количество случаев)													
3.1	число случаев нарушений													
3.2	число снятых баллов (0,5 за 1 случай)													
4	Отсутствие осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций, зафиксированных в медицинской документации (отсутствие нарушений – 0/ наличие нарушений – количество случаев)													
4.1	число случаев осложнений													
4.2	число снятых баллов (0,5 за 1 случай)													
5	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации (отсутствие жалоб – 0/наличие нарушений – количество жалоб)													
5.1	число обоснованных жалоб													
5.2	число снятых баллов (0,5 за 1 жалобу)													
6.	Общее число баллов													
6.1	Общее число набранных баллов (25 минус сумма баллов п.п. 1.2+2.2+3.2+4.2+5.2)													
6.2	Общая оценка баллов по нормативу (25)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6.3	Индивидуальный коэффициент результатов деятельности (значение п. 6.1 /													

	значение п. 6.2)													
7	Подписи членов комиссии													
7.1	Председатель комиссии – Фамилия, инициалы													
7.2	Секретарь комиссии – Фамилия, инициалы													

Форма 3. Образец

СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

по учету и оценке показателей качества работы специалиста с высшим и средним медицинским образованием, участвующего в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках программы модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 года

№ /п	Фамилия, инициалы	Должность	Индивидуальный коэффициент результатов деятельности (по месяцам)											
			II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1. Специалисты с высшим медицинским образованием														
...														
		Всего												
2. Специалисты со средним медицинским образованием														

...														
	Всего													
Подписи членов комиссии														
	Председатель комиссии – Фамилия, инициалы													
	Секретарь комиссии – Фамилия, инициалы													

Учет, оценка показателей деятельности и расчета размера стимулирующих выплат участвующим в реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи

Для оценки качества деятельности специалистов в учреждении создается комиссия, количественный и персональный состав которой согласовывается с профсоюзной организацией (далее – комиссия). Формируется список врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, участвующих во внедрении стандартов медицинской помощи (ФИО полностью, должность), в разрезе структурных подразделений в соответствии с утвержденным штатным расписанием. Список работников и его изменения рекомендуется согласовывать с профсоюзной организацией или высшим коллегияльным органом учреждения (например, советом трудового коллектива).

На каждого специалиста, участвующего в реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи, ведется карта учета и оценки показателей деятельности специалиста (формы 4,5). Заполнение карт осуществляется секретарем комиссии на основании поступающих данных. Заполненные и заверенные председателем и секретарем комиссии карты, представляются комиссии для оценки деятельности специалистов. По результатам оценки деятельности специалистов составляется акт, подписываемый всеми членами комиссии.

Заполненные и заверенные карты учета и оценки показателей деятельности хранятся в комиссии у секретаря. На основании карт ведется таблица со сводной информацией (форма б) о размере индивидуального коэффициента результатов деятельности (ИКРД) по всем специалистам с разбивкой по двум группам (врачи-специалисты и специалисты со средним медицинским образованием). После подписи сводной таблицы председателем и секретарем комиссии (на основании решения комиссии) таблица направляется в бухгалтерию учреждения для определения размера денежных выплат стимулирующего характера специалистам. После завершения расчета размера выплат таблица возвращается секретарю комиссии.

Порядок учета показателей деятельности врачей-специалистов:

1. Отсутствие нарушений правил ведения первичной медицинской документации

Факт нарушения устанавливается на основании официальной служебной записки на имя главного врача (заместителя главного врача), направленной руководителем структурного подразделения, в котором работает врач, справки (протокола заседания) комиссии. Копии устанавливающих документов с резолюцией главного врача (заместителя главного врача) направляются в комиссию. Снимается по 0,5 балла за каждый случай нарушения правил ведения документации.

2. Качество медицинской помощи (соблюдение стандартов медицинской помощи) по результатам ведомственного контроля качества медицинской помощи. Устанавливающими документами являются акты (протоколы) ведомственного контроля качества, копии которых направляются в комиссию. За каждый случай дефекта снимается 1 балл.

3. Качество медицинской помощи (соблюдение стандартов медицинской помощи) по результатам вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Устанавливающими документами являются акты (протоколы) ведомственного контроля качества, заключения экспертов, копии которых направляются в комиссию. За каждый случай дефекта снимается 1 балл.

4. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Устанавливающие документы – акты (протоколы) патологоанатомический вскрытий (исследований). Информацию о расхождении диагнозов направляет в комиссию уполномоченный сотрудник. При выявлении в течение месяца хотя бы одного факта расхождения диагноза баллы по данному показателю не начисляются.

Показатель используется только для лечащих врачей.

5. Отсутствие нарушений функциональных обязанностей, дисциплинарных

взысканий.

Документы, устанавливающие факты нарушений функциональных обязанностей и дисциплинарных взысканий - официальные служебные записки на имя главного врача (заместителя главного врача), направленные руководителем структурного подразделения, в котором работает врач, справки (протокола заседания) комиссии, приказы по учреждению. Копии документов направляются в комиссию уполномоченным работником учреждения.

При выявлении в течение отчетного месяца хотя бы одного факта нарушений функциональных обязанностей и вынесения дисциплинарных взысканий баллы по данному показателю не начисляются.

6. Отсутствие обоснованных жалоб на работу специалиста.

Наличие обоснованных жалоб на работу специалиста учитывается в учреждении в установленном порядке на основании результатов рассмотрения на различных уровнях. Копия документа, подтверждающего обоснованность жалобы (справка, приказ, заключение экспертизы и т.д.) направляется секретарю комиссии в 3-дневный срок после поступления (оформления) должностным лицом учреждения, ответственным за работу с обращениями граждан.

При выявлении в течение отчетного месяца хотя бы одной обоснованной жалобы баллы по данному показателю не начисляются.

7. Копии устанавливающих документов направляются секретарю комиссии уполномоченными работниками учреждения.

8. При отсутствии нарушений по каждому показателю начисляется 5 баллов (максимум – 25 баллов, для лечащих врачей – 30 баллов); при наличии нарушений вычитается соответствующее число баллов.

Порядок учета показателей деятельности специалистов со средним медицинским образованием:

1. Соблюдение установленных санитарных правил и норм при выполнении служебных обязанностей. Факт нарушения устанавливается на основании официальной служебной записки на имя главного врача (заместителя главного врача), направленной руководителем структурного подразделения, в котором работает врач, справки (протокола заседания) комиссии, заключения эксперта (проверяющего лица). Копии устанавливающих документов направляются секретарю комиссии. Снимается по 1 баллу за каждый случай нарушения установленных санитарных правил и норм при выполнении служебных обязанностей.

2. Отсутствие нарушений функциональных обязанностей, дисциплинарных взысканий. Документы, устанавливающие факты нарушений функциональных обязанностей и дисциплинарных взысканий - официальные служебные записки на имя главного врача (заместителя главного врача), направленные руководителем структурного подразделения, в котором работает врач, справки (протокола заседания) комиссии, приказы по учреждению. Копии документов направляются в комиссию уполномоченным работником учреждения.

При выявлении в течение отчетного месяца хотя бы одного факта нарушений функциональных обязанностей и вынесения дисциплинарных взысканий баллы по данному показателю не начисляются.

3. Отсутствие обоснованных жалоб на работу специалиста. Наличие обоснованных жалоб на работу специалиста учитывается в учреждении в установленном порядке на основании результатов рассмотрения на различных уровнях. Копия документа, подтверждающего обоснованность жалобы (справка, приказ, заключение экспертизы и т.д.) направляется секретарю комиссии в 3-дневный срок после поступления (оформления) должностным лицом учреждения, ответственным за работу с обращениями граждан.

4. При отсутствии нарушений по каждому показателю начисляется 5 баллов

(максимум – 15 баллов); при наличии нарушений вычитается соответствующее число баллов.

Основными источниками показателей являются:

- а) медицинская карта стационарного больного
- б) протокол (карта) патологоанатомического вскрытия (исследования)
- в) заключение врачебной комиссии, протокол врачебной (патологоанатомической) конференции
- г) приказы по учреждению, акты проверок, заключения экспертов, справки (протоколы заседаний) комиссий
- д) журнал учета обращения граждан, учетная карточка приема населения руководителем учреждения, справки комиссионного рассмотрения жалоб
- е) акты экспертной оценки качества медицинской помощи (в рамках ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи), акт медико-экономического контроля.

Карты и сводная таблица с информацией по учету и оценке показателей качества работы специалистов могут вестись в электронном виде при наличии возможности заверять внесенные записи цифровой подписью председателя и секретаря комиссии учреждения. Таблица со сводной информацией может передаваться в бухгалтерию по внутренней электронной сети учреждения.

Расчет размера стимулирующих выплат по итогам учета и оценки показателей качества работы специалистов:

1. На основании списка специалистов и фактически отработанного ими времени подсчитывается суммарное количество занятых ставок. Врачебные ставки берутся с коэффициентом 2 (т.е. число занятых ставок врачей-специалистов умножается на 2), ставки среднего медицинского персонала - с коэффициентом 1 (т.е. фактическое число).

2. Сумма денежных средств, полученных на оплату труда специалистов, участвующих в реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи, за исключением средств резервного фонда, сформированного для осуществления расходов, связанных с выплатой отпускных, районного коэффициента и других компенсационных выплат, установленных Трудовым кодексом, а также за вычетом начислений на выплаты по оплате труда, делится на 2 группы (сумма стимулирующих выплат врачам-специалистам и сумма стимулирующих выплат специалистам со средним медицинским образованием) пропорционально суммарному количеству занятых ставок (врачей – в двойном размере и среднего медицинского персонала – в одинарном).

3. Для приведения размера ИКРД каждого работника определяется дополнительный поправочный коэффициент фактически отработанного за месяц времени (соотношение фактически отработанного работников времени в часах и месячной нормы часов за отчетный месяц), который учитывается до двух знаков после запятой (для работы по совместительству не менее 0,25).

4. ИКРД работника умножается на дополнительный поправочный коэффициент (п. 3.).

5. Сумма стимулирующих выплат по каждой группе делится на сумму ИКРД (с учетом дополнительного поправочного коэффициента), полученных за месяц соответственно врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, для определения стоимости единицы ИКРД в каждой группе.

6. Размер стимулирующей выплаты специалиста определяется как произведение ИКРД специалиста (с учетом дополнительного поправочного коэффициента) на стоимость единицы ИКРД в соответствующей группе.

7. Решение о назначении и определении размера стимулирующей денежной выплаты оформляется приказом руководителя учреждения здравоохранения на основании решения комиссии с учетом фактически отработанного времени.

Условия выплаты и порядок начисления стимулирующих выплат специалистам устанавливаются в соответствии с положением, утвержденным главным врачом учреждения по согласованию с профсоюзным органом.

КАРТА

учета и оценки показателей качества работы врача-специалиста, участвующего в реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи в рамках программы модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 года

(должность, ФИО полностью)

№№ п/п	Наименование показателей (нормативное значение каждого показателя-5 баллов)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1	Отсутствие нарушений правил ведения первичной медицинской документации												
1.1	нормативное значение (отсутствие)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2	число нарушений												
1.3	снято баллов за нарушения												
1.4	оценка в баллах												
2	Качество медицинской помощи (соблюдение стандартов медицинской помощи) по результатам ведомственного контроля качества медицинской помощи												
2.1	нормативное значение (отсутствие дефектов)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2	число выявленных случаев дефектов												
2.3	снято баллов за дефекты												
2.4	оценка в баллах												
3	Качество медицинской помощи (соблюдение стандартов медицинской помощи) по результатам ведомственного контроля качества медицинской помощи												
3.1	нормативное значение (отсутствие дефектов)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.2	число выявленных случаев дефектов												
3.3	снято баллов за дефекты												
3.4	оценка в баллах												

4	Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов												
4.1	нормативное значение (отсутствие расхождений)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.2	число выявленных случаев расхождения												
4.3	снято баллов за расхождения												
4.4	оценка в баллах												
5	Отсутствие нарушений функциональных обязанностей, дисциплинарных взысканий												
5.1	нормативное значение (отсутствие)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.2	число выявленных случаев												
5.3	снято баллов за нарушение, взыскание												
5.4	оценка в баллах												
6	Отсутствие обоснованных жалоб на работу специалиста												
6.1	нормативное значение (отсутствие)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.2	число выявленных случаев												
6.3	снято баллов за обоснованную жалобу												
6.4	оценка в баллах												
7.1	Общая оценка по набранным баллам (сумма п.п. 1-6)												
7.2	Общая оценка в баллах по нормативу 30 для лечащих врачей-специалистов 25 для остальных врачей-специалистов												
10.3	Индивидуальный коэффициент результатов деятельности (значение п. 7.1 / значение п. 7.2)												
11	Подписи членов комиссии												
11.1	Председатель комиссии – Фамилия, инициалы												
11.2	Секретарь комиссии – Фамилия, инициалы												

Форма 5. Образец

КАРТА

учета и оценки показателей качества работы специалиста со средним медицинским образованием, участвующего в реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи в рамках программы модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 года

(должность, ФИО полностью)

№№ п/п	Наименование показателей (нормативное значение каждого показателя - 5 баллов)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1	Соблюдение установленных санитарных правил и норм при выполнении служебных обязанностей												
1.1	нормативное значение (отсутствие нарушений)												
1.2	число нарушений												
1.3	снято баллов за нарушения												
1.4	оценка в баллах												
2	Отсутствие нарушений функциональных обязанностей, дисциплинарных взысканий												
2.1	нормативное значение (отсутствие)												
2.2	число выявленных случаев												
2.3	снято баллов за нарушение, взыскание												
2.4	оценка в баллах												
3	Отсутствие обоснованных жалоб на работу специалиста												
3.1	нормативное значение (отсутствие)												

3.2	число выявленных случаев													
3.3	снято баллов за обоснованную жалобу													
3.4	оценка в баллах													
4.1	Общая оценка по набранным баллам (сумма п.п. 1-3)													
4.2	Общая оценка в баллах по нормативу (15 баллов)													
4.3	Индивидуальный коэффициент результатов деятельности (значение п. 4.1 / значение п. 4.2)													
7	Подписи членов комиссии													
7.1	Председатель комиссии – Фамилия, инициалы													
7.2	Секретарь комиссии – Фамилия, инициалы													

Форма 6. Образец

СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

по учету и оценке показателей качества работы врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, участвующего в реализации мероприятий по внедрению стандартов медицинской помощи в рамках программы модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 года

№№ п/п	Фамилия, инициалы	Должность	Индивидуальный коэффициент результатов деятельности											
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1. Врачи-специалисты														
1														
2														
3...														
		Всего												
2. Специалисты со средним медицинским образованием														

1														
2														
3...														
		Всего												
Подписи членов комиссии														
	Председатель комиссии – Фамилия, инициалы													
	Секретарь комиссии – Фамилия, инициалы													

Методика определения размера выплат стимулирующего характера на основе критериев оценки деятельности работников

В начале проводится оценка выполнения показателей для стимулирующих выплат по каждому работнику в соответствии с количественными показателями для критериев оценки.

Затем определяется суммарное количество баллов по каждой должности, категориям должностей и в целом по учреждению, после чего проводится пересчет суммарного количества баллов по каждой должности с учетом коэффициентов приведения, учитывающих сложность, напряженность выполняемой работы (табл. 2-6). После чего,

Таблица 1. Коэффициенты приведения, учитывающие сложность, напряженность выполняемой работы

Должность	Коэффициент приведения
Заведующий отделением	5,0
Врач	4,0
Старшая медицинская сестра	3,0
Медицинская сестра	2,0
Сестра хозяйка	1,5
Санитарка	1,0

определяется общее количество баллов по учреждению с учетом коэффициентов приведения, что позволяет вывести стоимость 1 балла по должностям **в соответствии с установленным фондом оплаты труда, направляемым на материальное стимулирование**. Суммы надбавки (в рублях) осуществляется путем умножения количества баллов на его стоимость. Обязательным условием является расчет надбавки (в рублях) с учетом отработанного времени каждым работником.

Пример определения выплат стимулирующего при стоимости 1 балла (базового) - 40 рублей.

Определяется стоимость 1 балла для каждой должности должностям с учетом коэффициента приведения:

- заведующий отделением $5,0 \times 40 = 200,0$ руб.
- врач $4,0 \times 40 = 160,0$ руб.
- старшая медицинская сестра $3,0 \times 40 = 120,0$ руб.
- медицинская сестра $2,0 \times 40 = 80,0$ руб.
- сестра-хозяйка $1,5 \times 40 = 60,0$ руб.

По конкретной должности (для конкретного специалиста) при условии, что он отработал полностью рабочий период, выполнил все показатели работы, которые входят в критерии оценки его должности (приложения 11-15). Максимальное количество баллов врача поликлиники при этом условии составит - 53 балла. С учетом коэффициента приведения стоимость его балла получилась 160 рублей (см. выше). Исходя из этого умножив количество

баллов, заработанных врачом поликлиники, на установленную стоимость 1 балла, получим сумму надбавки за месяц:

$$53 \times 160 \text{ руб.} = 8\,480,0 \text{ руб.}$$

Заполненные карты критериев оценки работников подразделений рассматриваются комиссией по установлению выплат стимулирующего характера, после чего руководитель учреждения на основании протокола комиссии устанавливает надбавки стимулирующего характера (оформляется приказ по учреждению).

Приложение 1.

Пример расчёта показателей для установления стимулирующих выплат за качество труда

Должность	Ф.И.О.	Таб. N	Должностной оклад (руб.)	Фактич. отработ. время за период (часы)	Коэффициент качества труда	КТУ	Сумма стимулирующих выплат по расчету (руб.)	Сумма стимулирующих выплат к распределению, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
врач	Иванов		4600	168	0,95		5982,45	6067,64
врач	Петров		4600	84	0,95		2991,23	3033,82
м/сестра	Смирнова		3900	168	0,72		3844,10	3898,84
м/сестра	Соловьева		3900	168	0,98		5232,25	5306,75
м/сестра	Козлова		3900	168	0,82		4378,01	4440,35
м/сестра	Лыжина		3900	168	0,54		2883,08	2924,13
м/сестра	Мурзина		3900	84	0,86		2295,78	2328,47
ИТОГО			28700	1008	5,82		27606,91	28000,00
дополнительные показатели для расчета	средний оклад		4100	168	норма часов на человека			
				1176	норма часов на подр-е			

Приложение 2.

Примерные критерии оценки деятельности врача стационара

Критерии	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
		1	0,8	0,5	0
1 выполнение плановых объемных показателей (число пролеченных больных)	10	100%	95% - 100%	90% - 95%	менее 90%
2 отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов на качество лечения и соблюдение принципов этики и деонтологии	10	соблюдается			не соблюдается
3 отсутствие ятрогенных осложнений	15	соблюдается			не соблюдается
4 отсутствие нарушений правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемиологического режима	15	Согласно карте дефектов			
5 отсутствие нарушений в использовании и хранении лекарственных средств	10	соблюдается			не соблюдается
6 качественное и своевременное оформление медицинской документации	10	Согласно карте дефектов			
7 качество лечебно-диагностического процесса	30	Согласно карте дефектов			
Итого	100	X	X	X	X

Приложение 3.

Примерные критерии оценки деятельности врача поликлиники

Критерии	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
		1	0,8	0,5	0
1 Выполнение плановых объемных показателей (число посещений)	10	100%	95% - 100%	90% - 95%	менее 90%
2 Отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов на качество лечения и соблюдение принципов этики и деонтологии	10	соблюдается			не соблюдается
3 Отсутствие ятрогенных осложнений	15	соблюдается			не соблюдается
4 Отсутствие нарушений правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемического режима	15	Согласно карте дефектов			
5 Отсутствие нарушений в использовании и хранении лекарственных средств	10	соблюдается			не соблюдается
6 Качественное и своевременное оформление медицинской документации	10	Согласно карте дефектов			
7 Качество лечебно-диагностического процесса	30	Согласно карте дефектов			
Итого	100	x	x	x	x

Приложение 4.

Примерные критерии оценки деятельности врача параклинических служб

Критерии	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
		1	0,8	0,5	0
1 Обоснованные претензии со стороны подразделений – заказчиков исследований к качеству проведенного исследования	20	нет	1	2 – 3	более 3
2 Обоснованные жалобы со стороны пациентов на качество лечения и соблюдение принципов этики и деонтологии	10	нет	1	2 – 3	более 3
3 Отсутствие ятрогенных осложнений	10	соблюдается			не соблюдается
4 Отсутствие нарушений правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемиологического режима	15	Согласно карте дефектов			
5 Отсутствие нарушений в использовании и хранении лекарственных средств	5	соблюдается			не соблюдается
6 Качественное и своевременное оформление медицинской документации	10	Согласно карте дефектов			
7 Качество диагностического процесса	30	Согласно карте дефектов			
Итого	100	X	X	X	X

Приложение 5.

Примерные критерии оценки деятельности среднего медицинского персонала стационара

	Критерии	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
			1	0,8	0,5	0
1	Выполнение плановых объемных показателей (число пролеченных больных)	10	100%	95% - 100%	90% - 95%	менее 90%
2	Обоснованные жалобы со стороны пациентов на качество лечения и соблюдение принципов этики и деонтологии	10	нет	1 - 2	2 - 3	более 3
3	Отсутствие ятрогенных осложнений	15	отсутствуют			1 и более
4	Отсутствие нарушений правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемического режима	15	Согласно карте дефектов			
5	Отсутствие нарушений в использовании и хранении лекарственных средств	10	соблюдается			не соблюдается
6	Качественное и своевременное оформление медицинской документации	10	Согласно карте дефектов			
7	Показатель качества работы	30	Согласно карте дефектов			
	Итого	100	х	х	х	х

Приложение 6.

Примерные критерии оценки деятельности среднего медицинского персонала поликлиники

	Критерии	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
			1	0,8	0,5	0
1	Выполнение плановых объемных показателей (число посещений)	10	100%	95% - 100%	90% - 95%	менее 90%
2	Отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов на качество лечения и соблюдение принципов этики и деонтологии	10	соблюдается			не соблюдается
3	Отсутствие ятрогенных осложнений	15	соблюдается			не соблюдается
4	Отсутствие нарушений правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемического режима	15	Согласно карте дефектов			
5	Отсутствие нарушений в использовании и хранении лекарственных средств	10	соблюдается			не соблюдается
6	Качественное и своевременное оформление медицинской документации	10	Согласно карте дефектов			
7	Показатель качества работы	30	Согласно карте дефектов			
	Итого	100	x	x	x	x

Приложение 7.

Примерные критерии оценки деятельности среднего медицинского персонала параклинических служб

Критерии	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
		1	0,8	0,5	0
1 Отсутствие обоснованных претензий со стороны подразделений – заказчиков исследований к качеству проведенного исследования	20	нет	1	2 – 3	более 3
2 Отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов на качество лечения и соблюдение принципов этики и деонтологии	10	соблюдается			не соблюдается
3 Отсутствие ятрогенных осложнений	10	соблюдается			не соблюдается
4 Отсутствие нарушений правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемического режима	15	Согласно карте дефектов			
5 Отсутствие нарушений в использовании и хранении лекарственных средств	5	соблюдается			не соблюдается
6 Качественное и своевременное оформление медицинской документации	10	Согласно карте дефектов			
7 Показатель качества работы	30	Согласно карте дефектов			
Итого	100	х	х	х	х

Приложение 8.

Примерные критерии оценки деятельности работников административно-управленческого аппарата для установления надбавки за качество выполняемых работ

	Критерии	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
			1	0,8	0,5	0
1	Знание законодательства, объем информации, которой владеет специалист для исполнения своих должностных обязанностей	20	<*>	<*>	<*>	<*>
2	Способность к творчеству, внесение предложений по улучшению и оптимизации работы	20	соблюдается			не соблюдается
3	Тщательность, точность в исполнении порученной работы	20	<*>	<*>	<*>	<*>
4	Исполнение сроков сдачи отчетов, заявок, качество и достоверность предоставляемой информации	20	<*>	<*>	<*>	<*>
5	Способность с высоким качеством выполнять требуемую работу при минимальном руководстве	20	высокий	средний	низкий	отсутствует
	ИТОГО	100				

Приложение 9.

Примерные критерии оценки деятельности фармацевтических работников

	Показатель	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
			1	0,8	0,5	0
1	Соблюдение правил ТБ, ПБ	20	соблюдаются			не соблюдаются
2	Соблюдение санитарно-эпидемического режима	15	соблюдаются			не соблюдаются
3	Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка	15	соблюдаются			не соблюдаются
4	Отсутствие жалоб пациентов, обслуживаемых подразделений	20	отсутствуют			имеются
5	качество работы	30	по карте дефектов			
	ИТОГО	100				

Приложение 10.

Примерные критерии оценки деятельности младшего медицинского персонала

	Показатель	Значимость критерия, %	Оценка выполнения критерия			
			1	0,8	0,5	0
1	Соблюдение правил ТБ, ПБ	20	соблюдаются			не соблюдаются
2	Соблюдение санитарно-эпидемического режима	15	соблюдаются			не соблюдаются
3	Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка	15	соблюдаются			не соблюдаются
4	Отсутствие жалоб пациентов, обслуживаемых подразделений	20	отсутствуют			имеются
5	Способность с высоким качеством выполнять требуемую работу при минимальном руководстве и в короткие сроки	30	высокий	средний	низкий	отсутствует
	ИТОГО	100				

Критерии оценки деятельности врача поликлиники.**Врач поликлиники**

ФИО	
Критерии интенсивности и высоких результатов работы	
1.	Выполнение плана посещений = 4 балла
2.	Выполнение плана профилактических прививок* = 5 баллов
3.	Охват декретированных контингентов профилактическими осмотрами от числа подлежащих* = 5 баллов
4.	Охват углубленными периодическими медицинскими осмотрами лиц, работающих во вредных условиях производства* = 5 баллов
5.	Выполнение госзаказа по дополнительной диспансеризации работающих граждан* = 5 баллов
Критерии качества	
1.	Отсутствие дефектов организации и оказания медицинской помощи (по результатам плановых и внеплановых проверок) = 5 баллов
2.	Отсутствие обоснованных жалоб физических и юридических лиц в ФГУ «СОМЦ» и другие инстанции = 5 баллов
3.	Отсутствие штрафных санкций за пролеченных больных по результатам проверок СМО и ТФОМС (при работе в ОМС): = 5 баллов
4.	Отсутствие случаев запущенных онкологических заболеваний среди всех вновь выявленных больных, за иск. впервые обратившихся = 5 баллов
5.	Отсутствие замечания по выполнению своих трудовых обязанностей = 5 баллов
6.	Удовлетворенность пациентов лечебно-диагностическим процессом = 4 балла
Итого баллов:	

* - для цеховых, участковых врачей и врачей терапевтов

Критерии оценки деятельности врача стационара.

Врач стационара

ФИО	
Критерии качества	
1.	Отсутствие обоснованных жалоб физических и юридических лиц в ФГУ «СОМЦ» и другие инстанции на работу врача = 5 баллов
2.	Отсутствие послеоперационных осложнений * = 5 баллов
3.	Отсутствие дефектов оказания медицинской помощи по результатам плановых и внеплановых проверок = 5 баллов
4.	Отсутствие предотвратимых случаев летального исхода = 5 баллов
5.	Отсутствие расхождений клинического и патологоанатомического диагноза = 5 баллов
6.	Удельный вес совпадений сроков лечения пациентов с плановой длительностью пребывания больного на койке (не менее 90 %) = 5 баллов
7.	Удовлетворенность пациентов лечебно-диагностическим процессом = 4 балла
8.	Отсутствие штрафных санкций за пролеченных больных от СМО и ТФОМС = 4 балла
9.	Отсутствие нарушений исполнительской дисциплины (информация руководителей) = 5 баллов
10.	Надбавка стимулирующего характера за дежурства До 3 дежурств в месяц = 3 балла До 5 дежурств в месяц = 4 балла Свыше 5 дежурств в месяц = 5 баллов
Итого баллов:	

*- для хирургических отделений

Критерии оценки деятельности старшей медицинской сестры.**Старшая медицинская сестра**

ФИО	
Критерии интенсивности и высоких результатов работы	
1.	Количество фактически развернутых коек До 20 коек = 1 балл До 30 коек = 2 балла До 40 коек = 3 балла До 50 коек = 4 балла Свыше 50 коек 5 баллов
Критерии качества	
1.	Отсутствие письменных замечаний от руководства (главной медсестры, зав. отделением, заместителей директора, директора), контролирующих вышестоящих органов = 5 баллов
2.	Отсутствие нарушений медицинской этики и деонтологии медсестрами отделения = 4 балла
3.	Отсутствие нарушений санитарно-эпидемического режима в отделении = 5 баллов
4.	Отсутствие нарушений своевременности и качества выполнения врачебных назначений медсестрами отделений = 4 балла
5.	Отсутствие нарушений исполнительской дисциплины = 5 баллов
6.	Отсутствие нарушений техники безопасности и противопожарной безопасности = 5 баллов
7.	Своевременное обеспечение медицинских сестер необходимым медицинским инструментарием и медикаментами = 5 баллов
8.	Отсутствие осложнения от проведенных лечебно-диагностических манипуляций = 4 балла
Итого баллов:	

Критерии оценки деятельности медицинского регистратора.**Медицинский регистратор**

ФИО	
Критерии качества	
1.	Отсутствие обоснованных жалоб = 5 баллов
2.	Отсутствие дефектов при заполнении медицинской и учетной документации = 5 баллов
3.	Отсутствие письменных замечаний от руководства (главной, старшей медсестры, медсестер, зав. отделением, заместителей директора, директора) = 5 баллов
4.	Отсутствие нарушений медицинской этики и деонтологии = 5 баллов
5.	Отсутствие нарушений санитарно-эпидемического режима = 5 баллов
Итого баллов:	

Критерии оценки деятельности младшего медицинского персонала.

**Младший медицинский персонал отделений стационара
(с круглосуточными койками)**

ФИО	
Критерии качества	
1.	Отсутствие обоснованных жалоб = 10 баллов
2.	Отсутствие письменных замечаний от руководства (главной, старшей медсестры, медсестер, зав. отделением, заместителей директора, директора), контролирующих вышестоящих органов = 10 баллов
3.	Отсутствие нарушений медицинской этики и деонтологии = 10 баллов
4.	Отсутствие нарушений в правильном использовании дезинфицирующих средств и предметов гигиены = 10 баллов
5.	Отсутствие нарушений при уходе и транспортировке лежачих больных = 10 баллов
6.	Отсутствие нарушений техники безопасности и противопожарной безопасности = 10 баллов
7.	Отсутствие нарушений при сборе в отделении и доставке отходов класса «А» к месту установке контейнеров предназначенных для сбора этого класса = 10 баллов
Итого баллов:	

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОНЯТИЙ И ТЕРМИНОВ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ В ТЕКСТЕ

АРЕНДА - имущественный наем, договор, согласно которому одна сторона (арендодатель) представляет другой стороне (арендатору, нанимателю) имущество, числящееся в основных фондах, во временное пользование за определенную плату.

ВНУТРИОТРАСЛЕВОЙ (ВЕДОМСТВЕННЫЙ) ХОЗРАСЧЕТ - отношения между органами здравоохранения и субъектами отрасли, а также между самими субъектами, стимулирующие более интенсивное использование внутренних ресурсов и рационализацию расходования финансовых средств отрасли.

ВНУРТИУЧРЕЖДЕНЧЕСКИЙ (ВНУТРИПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ) ХОЗРАСЧЕТ - отношения между учреждением в целом и его подразделениями, стимулирующие экономию живого и прошлого труда в интересах коллектива и каждого его члена. В основе внутриучрежденческого хозрасчета лежит материальная ответственность подразделений в выполнении установленных заданий, сочетающаяся с заинтересованностью их в эффективном использовании ресурсов, увеличении объема предоставляемых услуг и обеспечении их качества.

КОЛЛЕКТИВНЫЙ ПОДРЯД (КОЛЛЕКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА) - разновидность сдельной заработной платы, которая ставится в непосредственную зависимость от объема и качества работы, выполненной коллективом. Он усиливает заинтересованность всех работников трудового коллектива в улучшении конечных результатов своего труда, способствует развитию у них чувства коллективизма, взаимопомощи и взаимной ответственности, укрепляет трудовую дисциплину. Коллективный подряд способствует возрастанию слаженности в работе коллектива, улучшению использования рабочего времени и, как следствие этого, растет производительность труда и рентабельность его, экономятся ресурсы, снижается себестоимость услуг. Общий заработок при коллективном подряде зависит от количества и качества произведенных услуг, он распределяется между членами коллектива пропорционально вкладу каждого из них с помощью коэффициента трудового участия.

ПРОТИВОЗАТРАТНЫЙ ХОЗЯЙСТВЕННЫЙ МЕХАНИЗМ - система хозяйствования, ориентирующая учреждение в организации на наилучшее и более полное удовлетворение населения в медицинской помощи при минимальных затратах живого и общественного труда, получение максимальных конечных результатов на основе рационального использования всех ресурсов. Основой данного механизма является полный хозяйственный расчет. Создание надежно действующего противозатратного механизма функционирования отрасли и прежде всего ее основного звена - лечебно-профилактического учреждения, является одной из главных целей реформирования здравоохранения.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ТРУДУ - объективный экономический закон, в соответствии с которым средства для личного потребления распределяются между работниками в зависимости от количества и качества их труда. Распределение по труду выполняет стимулирующую функцию - материально заинтересовывает сотрудников в росте производительности и качества их труда, чем способствует сочетанию личных и общественных интересов.

САМООКУПАЕМОСТЬ - важнейший принцип хозяйственного расчета, предусматривающий возмещение учреждением всех своих расходов. Окупаемость затрат обеспечивается в том случае, если выручка от реализации услуг больше, чем затраты на них. Самоокупаемость – основа самофинансирования, в условиях которого учреждение покрывает из собственных источников все свои затраты не только на простое, но и на расширенное воспроизводство.

САМОФИНАНСИРОВАНИЕ - система хозяйствования, при которой учреждение покрывает все затраты как на простое, так и расширенное воспроизводство из собственных источников. В условиях самофинансирования учреждение не только обеспечивает самокупаемость затрат, но и направляет средства из прибыли на расширение объема услуг. Является основой полного хозяйственного расчета.

РЕНТАБЕЛЬНОСТЬ - один из основных стоимостных качественных показателей эффективности производства на предприятии (учреждении), отрасли в целом, характеризующий уровень отдачи затрат и степень использования средств в процессе производства и реализации услуг (продукции).

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ - способы воздействия на экономические отношения и интересы работников, трудовых коллективов с целью достижения с их помощью необходимых обществу результатов. В отличие от административных методов управления, оказывающих с помощью директивных заданий и других способов прямое воздействие на управляемые объекты, экономические методы управления не ограничивают самостоятельность и инициативы последних, способствуют более полному сочетанию интересов государства, учреждения и каждого работника. К ним относятся хозяйственный расчет, экономические нормативы, цены, экономическое стимулирование и санкции, амортизационные отчисления, кредит и т.д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные вопросы управления здравоохранением/ под ред. Д.В. Пивеня. – Москва: издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2008. – 139 с.
2. Алексеев Н.А. Бригадный подряд в здравоохранении: некоторые итоги пятилетнего опыта./Н.А.Алексеев // Главный врач.- 1996.- N 5.- С. 84-89.
3. Алексеев Н.А. Экономические методы управления подразделениями лечебно-профилактического учреждения. /Н.А.Алексеев // Здравоохранение РФ.- 1996.- N 5.- С. 45-46.
4. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб / Под ред. Н. Г. Шамшуриной. – М.: Грантъ, 2002. — 504 с.
5. Борисенко О.В. Оценка эффективности методом скрининга / О.В. Борисенко // Зам. Главного врача. – 2011. - № 3. – с. 22 – 28.
6. Бояринцев Б.И. Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов. М. Профиздат., 1990.- 127 с.
7. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие / А. И. Вялков, Б. А. Райзберг, Ю. В. Шиленко — М.: Гэотармед, 2002. – 328 с.
8. Гаджиев Р.С. Качество медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста в городских поликлиниках / Р.С.Гаджиев, Р.Ш.Рагимова // Пробл. Соц. Гигиены и здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – с. 36 -38.
9. Гайдаров Г.М. Дифференцированная оплата труда медицинских работников стационаров в зависимости от объема и качества работы. / Г.М.Гайдаров, С.Н.Смирнов, И.С.Кицул, Н.Н.Абашин, С.Н.Панов//. – Москва. – 2000. – 78 с.
10. Денисов В.Н. Муниципальное здравоохранение / В.Н.Денисов, В.М.Чернышев, А.Н.Лайвин. – Новосибирск: издательство СО РАМН. –2004. – 286 с.
11. Донцов В.Г. Механизм дифференцированной оплаты труда в условиях интенсификации медицинской деятельности / В.Г.Донцов // Проблемы социальной гигиены и истории медицины.- 1995.- N 2.- С. 41.
12. Доютова М.В. Работа кадровой службы муниципальной службы в современных условиях / М.В. Доютова, Н.К.Гусева, В.А. Соколов // Пробл. Соц. Гигиены и здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 1. – с. 23 - 26.
13. Зинчук Ю.Ю. Критерии и индикаторы эффективности и качества медицинской помощи для пациента, учреждения и органа управления здравоохранением / Ю.Ю. Зинчук // ГлавВрач. – 2011. - № 2. – с. 29 -34.
14. Исакова Л. Е. Экономика здравоохранения: Учебно-методическое пособие / Л. Е. Исакова, Р.М. Зелькович. – Кемерово: СибформС, 1996. – 211 с.
15. Кадыров Ф. Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений / Ф. Н. Кадыров. – М.: МЦФЭР, 1999. – 195 с.
16. Кадыров Ф. Н., Экономическая служба лечебно-профилактического учреждения / Ф.Н. Кадыров. - М.: Грантъ, 2000. - 800 с.
17. Козырев В.Н. О внедрении экономических методов управления в стационарном учреждении. / В.Н.Козырев// Сов. медицина.- 1989.- N 12.- С.34-37.
18. Кузьменко М. М. Финансовый менеджмент в здравоохранении России / М. М. Кузьменко, В. В. Баранов. – М.: Медицина, 1995. – 272 с.
19. Лимонов В.И. Финансово-экономический анализ деятельности медицинской организации / В.И.Лимонов // ГлавВрач. – 2011. - № 1. – с. 33 – 41.
20. Линденбрaten А. Л. Экономические методы управления деятельностью ЛПУ: планирование ресурсов и мотивация персонала / А. Л. Линденбрaten, Т. В. Гололобова, А.Д. Рагозный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 21-22.
21. Новые документы по оплате труда в здравоохранении (Обзор приложения "Главный бухгалтер учреждения здравоохранения"). // Главный врач.- 1996.- N 2.- С. 88-90.

22. Организационные технологии повышения качества медицинской помощи населению / К.В.Шипачев [и др.]. – Кемерово: издательство института СЭПЗ, 2003. – 95 с.
23. Панов А.В. Амбулаторная медицинская помощь: оплата труда врачей специалистов по результатам деятельности / А.В.Панов // Зам. Главного врача. – 2011. - № 5. - с. 94 -98.
24. Рогозин А.В. ОМС – дополняющие технологии: как совместить оплату медицинских услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию / А.В. Рогозин, Н.А. Кравченко, В.Е. Буланов // Зам. Главного врача. – 2011. - № 1. – с. 20 -25.
25. Рогозин А.В. Качество медицинских услуг как инструмент обеспечения финансовой устойчивости ЛПУ / А.В. Рогозин // Здравоохранение. – 2011. - № 4. – 57 - 67.
26. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. /В.Ю.Семенов//. – Москва. – 2004. – 649 с.
27. Стародубов В.И., Лисицын Ю.П., Родионова В.Н. Вопросы управления медицинскими учреждениями в условиях введения медицинского страхования. / В.И.Стародубов, Ю.П.Лисицын., В.Н. Родионова//.- Москва.- 1994.- 32 с.
28. Технология самооценки в системе управления качеством медицинской помощи / Т.Н.Брескина [и др.] // Зам. Главного врача. – 2011. - № 1. – с. 44 – 56.
29. Тогунов И.А. Взаимодействие подразделений поликлиники в системе обязательного медицинского страхования. / И.А Тогунов.// Здравоохранение РФ.- 1996.- N 4.- С. 27-29.
30. Уйба В. В. Медико-экономическая эффективность сети лечебно-профилактических учреждений / В. В. Уйба // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 5-6. – С. 45-56.
31. Управление здравоохранением: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ТАСИС, 2001. – 448 с.
32. Чазов Е. И. Вернуть СССР в здравоохранение. Новая газета. № 30Р (1374) от 6.08-12.08.2008. с. 12.
33. Чернышев В.М. Расчет коэффициента трудового участия в стационаре в условиях использования коллективного подряда // Бюллетень СО АМН СССР.- 1988.- N 4.- С. 12-14.
34. Чернышев В.М. Коллективные форма организации и оплаты труда работников здравоохранения // Организация медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях и оплата труда работников здравоохранения при переходе на новый хозяйственный механизм. Под ред. В.М.Чернышева.- Новосибирск.- 1991.- С. 19-44.
35. Чернышев В.М. Оплата труда работников учреждений здравоохранения в условиях внутриучрежденческого хозрасчета / В.М. Чернышев // Методические рекомендации.- Новосибирск.- 1998.- 41 с.
36. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты / Т.В. Чубарова // М: Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.
37. Шамшурина Н. Г. Экономика лечебно-профилактического учреждения / Н. Г. Шамшурина. – М.: МЦФЭР, 2001. – 253 с.
38. Шарапова О.В. Информационные технологии и управленческий учет – перспективные направления деятельности учреждений родовспоможения // Здравоохранение. – 2011. - № 2. – с. 38 – 47.
39. Шейман И.М. Методы оплаты стационарной помощи: от сметного финансирования к оплате согласованных объемов / И.М. Шейман. – М.: Проект «Реформа здравоохранения», 1998. – 25 с.
40. Якобсон Л. И. Экономические методы управления в социально-культурной сфере / Л. И. Якобсон. – М.: Экономика, 1991. – 134 с.
41. Яковлев Е.П. Планирование и экономика муниципального заказа / Е.П. Яковлев. - М.: Грантъ, 2001. - 126 с.

