Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Санкт-Петербургский государственный университет

Высшая школа менеджмента

**ЭФФЕКТИВНЫЕ ТРУДОВЫЕ КОНТРАКТЫ**

**В БЮДЖЕТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Выпускная квалификационная работа

студентки 4 курса бакалаврской программы, направление «Государственное и муниципальное управление»

**ПАРПУРА Алены Игоревны**

*(подпись)*

Научный руководитель к.э.н., доцент

**СКЛЯР Татьяна Моисеевна**

*(подпись)*

«СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ»

*(подпись научного руководителя)*

« » 2017 г.

Санкт-Петербург

2017

Заявление

о самостоятельном выполнении выпускной

квалификационной работы

Я, Парпура Алена Игоревна, студент 4 курса направления 081100 «Государственное и муниципальное управление», заявляю, что в моей выпускной квалификационной работе на тему «Эффективные контракты в бюджетных медицинских учреждениях», представленной в службу обеспечения программ бакалавриата для последующей передачи в государственную аттестационную комиссию для публичной защиты, не содержится элементов плагиата. Все прямые заимствования из печатных и электронных источников, а также из защищённых ранее курсовых и выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций имеют соответствующие ссылки.

Мне известно содержание п. 9.7.1 Правил обучения по основным образовательным программам высшего и среднего профессионального образования в СПбГУ о том, что «ВКР выполняется индивидуально каждым студентом под руководством назначенного ему научного руководителя», и п. 51 Устава федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет» о том, что «студент подлежит отчислению из Санкт-Петербургского университета за представление курсовой или выпускной квалификационной работы, выполненной другим лицом (лицами)».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись студента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата)

**Оглавление**

[Введение 5](#_Toc483346612)

[Глава 1. Анализ системы оплаты труда медицинских работников 7](#_Toc483346613)

[1.1. Недостатки существующей системы оплаты труда работников бюджетных медицинских учреждений 7](#_Toc483346614)

[1.2. Механизм экономического стимулирования работников российских бюджетных медицинских учреждений 9](#_Toc483346615)

[1.3. Анализ системы оплаты труда медицинских работников с точки зрения теории контрактации 11](#_Toc483346616)

[1.4. Эффективный контракт как инструмент управления кадровым потенциалом и качеством оказываемых медицинских услуг 13](#_Toc483346617)

[**Выводы 14**](#_Toc483346618)

[Глава 2. Использование системы эффективных контрактов в бюджетных медицинских учреждениях Российской Федерации 16](#_Toc483346619)

[2.1. Основные характеристики медицинских учреждений как объекта управления 16](#_Toc483346620)

[2.2. Нормативно-правовая база введения эффективного контракта в бюджетных медицинских учреждениях 17](#_Toc483346621)

[2.3. Механизм распределения стимулирующих выплат согласно эффективному контракту 19](#_Toc483346622)

[2.4. Механизм определения показателей деятельности и оплаты труда на основе эффективных контрактов в учреждениях здравоохранения 23](#_Toc483346623)

[2.5. Особенности и проблемы функционирования системы эффективного контракта в российском здравоохранении 24](#_Toc483346624)

[**Выводы 27**](#_Toc483346625)

[Глава 3. Разработка рекомендаций по совершенствованию оценки деятельности работников медицинских бюджетных учреждений 29](#_Toc483346626)

[3.1. Функционирование системы эффективного контракта на практике в российских бюджетных медицинских учреждениях 29](#_Toc483346627)

[3.2. Система мониторинга удовлетворенности пациентов предоставляемыми медицинскими услугами 33](#_Toc483346628)

[3.2.1. Методы оценки удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием 33](#_Toc483346629)

[3.2.2. Работа с претензиями и рекламациями от потребителей медицинских услуг 36](#_Toc483346630)

[3.3. Рекомендации для определения показателей эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений для назначения стимулирующих выплат 37](#_Toc483346631)

[**Выводы 41**](#_Toc483346632)

[Заключение 43](#_Toc483346633)

[Список литературы 46](#_Toc483346634)

[Приложение 1 49](#_Toc483346635)

[Приложение 2 50](#_Toc483346636)

**Введение**

В современном обществе здравоохранение является важнейшим элементом социальной сферы, которая в свою очередь представляет один из основных объектов публичной политики. В связи с этим проводятся различные реформы, направленные на адаптацию медицинской помощи к условиям рынка, совершенствованию качества и расширению объема оказываемых услуг. На данном этапе возрастает самостоятельность медицинских учреждений, которые в настоящее время действуют только на основе утвержденных стандартов, нормативных документов и ежегодных показателей.

Однако базовые оклады работников медицинской сферы остаются низкими, что существенно снижает уровень заинтересованности медицинского персонала в повышении качества услуг и препятствует проведению реформ в сфере здравоохранения. Это связано как с тем, что некоторые виды постоянных доплат во многих регионах относятся к стимулирующим надбавкам, так и с отсутствием эффективных механизмов аттестации медработников, учитывающих их квалификацию.

Решение ряда задач, касающихся повышения эффективности оказания медицинской помощи населению, а также повышения мотивации медицинских работников и престижа данной профессии, представляется возможным только при создании надежной системы управления качеством предоставляемых услуг и ресурсами учреждений. Для решения данных проблем также вводятся и эффективные трудовые контракты, что и является основным объектом исследования выпускной квалификационной работы.

Актуальность выбранной темы обуславливается тем, что в настоящее время развивается система оплаты труда, основанная не на формальных показателях трудовой деятельности, а на конкретных достижениях, отражающих эффективность труда в целом. Возникает такая проблема как отсутствие зависимости между эффективностью труда медицинских работников и оплатой их труда в повременных формах оплаты труда медицинских работников.

Соответственно, целью работы является разработка рекомендаций по совершенствованию оценки деятельности работников медицинских бюджетных организаций на основе эффективного контракта.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

* осуществить анализ системы оплаты труда медицинских работников посредством инструментария теории контрактации;
* рассмотреть механизм экономического стимулирования работников медицинских учреждений;
* определить предпосылки внедрения эффективного контракта в государственных учреждениях здравоохранения;
* рассмотреть механизм определения показателей результативности деятельности на основе эффективных трудовых контрактов в государственных учреждениях здравоохранения;
* выявить основные проблемы внедрения и функционирования системы эффективного контракта в бюджетных медицинских учреждениях.

В качестве инструментария исследования используется теория контрактации, анализ нормативно-правовой базы и научных исследований, обобщение данных, полученных в результате анкетирования и глубинных интервью.

Эмпирической базой исследования являются результаты анкетирования выпускников президентской программы профессиональной переподготовки «Менеджмент в здравоохранении» и глубинные интервью с заведующими поликлиник Санкт-Петербурга и Новосибирской области, а также результаты глубинных интервью сотрудников ГБУЗ НСО Государственной Новосибирской областной клинической больницы, имеющих среднее специальное или высшее образование.

# **Глава 1. Анализ системы оплаты труда медицинских работников**

## **1.1. Недостатки существующей системы оплаты труда работников бюджетных медицинских учреждений**

С появлением наемного труда перед работодателями возникла проблема, каким образом его лучше оплачивать. Заработная плата выполняет различные функции, реализуемые путем применения систем, основанных на двух традиционных формах оплаты труда – сдельной или повременной. В то же время в некоторых ситуациях интересы работника и работодателя могут в корне различаться, потому как интересам нанимателя в первую очередь отвечает воспроизводственная функция заработной платы, а интересам сотрудника – стимулирующая (мотивационная).

В бюджетных медицинских учреждениях принято использовать повременную оплату труда, то есть в таком случае оплачивается фактически отработанное время работника, к тому же данная форма оплаты является гарантией стабильного заработка работника, так как размер положенного оклада практически не меняется. Данная форма заработной платы способствует низкой текучести кадров и высокой сплоченности коллектива при условии, что ее размер вполне удовлетворяет работников. К тому же для работодателя положительной стороной также будет являться уменьшение издержек, связанных с контролем за качеством оказываемых услуг. Использование повременной оплаты труда также целесообразно еще и по той причине, что нет никаких норм или стандартов, связанных с количеством принимаемых пациентов в день, то есть врач может уделять пациенту столько времени, сколько необходимо, чтобы определить пути его дальнейшего лечения, а не стараться скорее принять как можно большее количество больных или поставить определенный диагноз необходимое число раз в день (как при сдельной оплате труда). Почасовая оплата труда рассчитана на заведомо качественное исполнение обязанностей специалистами, от конечного результата которых будет зависеть их профессиональная репутация.

Однако у такой системы есть существенные минусы, например, отсутствие стимулов к качественному выполнению работы, так как фактически работник получает деньги только за присутствие на рабочем месте. Но ведь сотрудникам здравоохранения критически важно выполнять свои обязанности качественно, потому что от их решений зависит здоровье, а порой и жизнь пациентов. В реальности же врачи уделяют большую часть времени на заполнение различных бумаг вместо того, чтобы проводить тщательный осмотр обратившихся граждан, что в целом является отдельной проблемой функционирования системы здравоохранения в России.

К тому же существует вероятность возникновения несправедливости оплаты из-за ее косвенной связи с результатами труда, то есть возможна равная заработная плата, как для добросовестных сотрудников, так и для безответственных. Данная ситуация может повлечь за собой отток квалифицированных кадров из бюджетных медицинских учреждений в частные клиники, где оплата труда будет справедливо соответствовать их заслугам. Для того, чтобы предотвратить возникновение подобной проблеме существует необходимость в найме некоего «надзирателя», который будет следить за качеством оказываемых услуг, однако это не представляется возможным, так как, во-первых, значительно увеличит издержки работодателя, а во-вторых, в сфере здравоохранения таким «надзирателям» для качественного контроля также необходимо быть высококвалифицированными специалистами и при таких условиях маловероятно, что они будут согласны на выполнение подобной работы.

До проведения реформ здравоохранения заработная плата работников медицинских учреждений складывалась из трех основных составляющих:

1. Основной оклад;
2. Выплаты компенсационного характера;
3. Надбавки (за непрерывный стаж и др.).

Размер основного оклада устанавливается согласно занимаемым должностям по профессиональным и квалификационным группам, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ, и различается в зависимости от квалификационного уровня сотрудника и занимаемой им должности. Выплаты компенсационного характера устанавливаются согласно коллективному договору, положению по оплате труда медицинского учреждения и при наличии оснований для них и включают в себя повышенные выплаты занятым на работах с вредными или опасными условиями труда, за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, а именно совмещение профессий или должностей, расширение зон обслуживания, увеличение объема работы или исполнение обязанностей временно отсутствующих работников, работа в ночное время, в выходные и праздничные дни, сверхурочная работа. В настоящее время надбавки заменены на стимулирующие выплаты, включающие в себя выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемой работы и некоторые премиальные выплаты. В целом их можно разделить на две группы: стимулирующие выплаты гарантированной части заработной платы (занимаемая должность, почетное звание, ученая степень и т.д.) и стимулирующие выплаты стимулирующей части заработной платы (зависящие от эффективности работы учреждения, структурного отделения, отдельного работника).[[1]](#footnote-1) Данный вид выплат персонифицирован и носит индивидуальный характер для каждого сотрудника медицинского учреждения с учетом отработанного времени и качества оказываемых услуг.

В ходе проводимых реформ здравоохранения величина основного оклада была повышена, однако размер компенсаций и стимулирующих выплат в свою очередь сокращены, что в результате создало лишь видимость повышения заработной платы в целом, но на самом деле не повлекло за собой никаких изменений. Предполагается, что стимулирующие выплаты должны выделяться за счет внутренних ресурсов учреждения, однако финансирование медицинских организаций не было увеличено, поэтому также возникает проблема того, что зарплаты медицинских сотрудников все еще остаются на стабильно низком уровне.

## **1.2. Механизм экономического стимулирования работников российских бюджетных медицинских учреждений**

Мотивация является ключом к результативности деятельности сотрудников. Несомненно, к действию людей побуждают совершенно различные причины: это может быть пример вышестоящих сотрудников, профессиональный долг и прочее, но одним из основных факторов и, пожалуй, самым важным является вознаграждение труда согласно их заслугам. При недостаточном материальном поощрении сотрудники теряют личный интерес к работе, выполняют лишь необходимый минимум, подходя к этому без особого энтузиазма и ответственности.

Характер труда медицинского персонала связан с высокой степенью ответственности, так как от них зависит здоровье и порой даже жизнь пациентов, но при таком большом уровне нагрузке с низкой заработной платой в российских учреждениях здравоохранения желание работать качественно остается скорее только лишь у профессионалов, отдающих всю свою жизнь этой работе. В то время как новые умелые кадры, зная о сложившейся ситуации в отрасли, скорее устраиваются на работу в частные клиники, нежели в государственные медицинские учреждения. К тому же в принципе на данный момент наблюдается деградация кадров, потому как в медицинские вузы попадают не всегда самые ответственные и умные ученики, далеко не во всех образовательных учреждениях строгие методы отбора и квалификации, что в итоге ведет к тому, что выпускники обладают недостаточным багажом знаний для осуществления трудовой деятельности и работают без особого энтузиазма, а качество медицинских услуг постепенно падает.

Проблема современной российской системы здравоохранения заключается в отсутствии рационального механизма распределения средств между исполнителями тех или иных услуг, недостаточно развита система мотивации высокопроизводительного и качественного труда посредством материального стимулирования работников медицинских учреждений. Отсутствие эффективных систем оплаты труда препятствует внедрению нормальных, централизованных механизмов внутриорганизационных экономических отношений. В действующих положениях об оплате труда не содержится информации о необходимом размере доплат и надбавок, в большинстве своем они зависят от субъективного мнения руководителя.

К тому же зачастую попытки связать оплату труда с объемом и качеством медицинской помощи в России сводятся в основном к введению штрафных санкций или относятся к ведению медицинской документации, т.е. носят в основном административный характер. Однако это не служит необходимой мотивацией, а скорее лишь подталкивает сотрудников к тому, чтобы они были зациклены на бумажной работе.

Материальное стимулирование является методом воздействия на трудовое поведение работника, при котором побуждение к труду происходит через соразмерную компенсацию за трудовые усилия. Поэтому помимо того, что заработная плата должна отражать стоимость произведенных услуг и затраченный на их производство труд, она также должна выполнять стимулирующую функцию, т.е. заинтересовывать трудящегося как в увеличении количественных показателей, так и в улучшении качественных.

Однако помимо материального стимулирования, которое относится к явным внешним стимулам, важно также рассматривать и стимулы, находящиеся вне сферы экономических отношений. Прежде всего, еще одним из внешних стимулов воздействия на медицинских сотрудников является доверие потребителей медицинских услуг. Такой механизм считается наиболее эффективным с точки зрения затрат и выгод инструментом стимулирования медицинского труда по сравнению с трудовыми контрактами или детальным регулированием деятельности медицинского персонала. Также существуют и некоторые внутренние стимулы, определяющиеся фактором доверия. Врачи, медицинские сестры и прочие представители медицинских профессий получают профессиональное образование и специальную подготовку, предполагающие определенные нравственные обязательства в отношении пациентов и воплощенные в понятии врачебного долга. Врачебный долг, репутация и некоторый профессиональный интерес являются неявными внутренними стимулами для медицинского персонала. В то же время явные внутренние стимулы могут быть заданы стандартами, нормами и правилами, устанавливаемыми организациями, а также коллективными потребителями медицинских услуг, в роли которых выступают сообщества пациентов, государственные органы и страховые медицинские компании.[[2]](#footnote-2)

Стимулирование будет эффективным только в том случае, когда окажутся согласованы материальные стимулы с личными интересами и мотивами сотрудников. Следовательно, одной из важнейших управленческих задач является обеспечение такого воздействия стимулов на мотивы и потребности, в то же время соразмерное с количеством и качеством предоставляемых услуг, которое способствовало бы наиболее целесообразному трудовому поведению сотрудников медицинской организации.

## **1.3. Анализ системы оплаты труда медицинских работников с точки зрения теории контрактации**

С целью удержания и мотивации работников работодатели определяют многочисленные условия трудовых договоров, составляя контракты и тем самым вступая в отношения принципал-агента. Контрактная теория учитывает все параметры нефинансового характера, которые содержатся в любой сделке и способны существенно влиять на решение сторон. С другой стороны, контракты способны значительно ослабить конфликт интересов между участниками экономического взаимодействия, а потому получают широкое распространение и более сложные формы в более развитых обществах. Чем лучше сформулированы условия договора, тем больше стимулов и мотивов для всех сторон получить максимальные преимущества от взаимодействия.

Договор найма представляет собой имплицитный контракт, выражающий обязательства, в которых стороны рассчитывают на их спецификацию в ходе реализации контракта. Основную роль здесь играет двусторонняя заинтересованность в продолжении отношение в отличие от других возможных форм контрактов, однако стороны по-разному относятся к риску деятельности – так, работодатель обычно склонен к риску или нейтрален, а наемный работник является противником любого риска, так как рассчитывает только на оплату своего труда.

Любой контракт так или иначе подвержен проблеме асимметрии информации, на основе которой зачастую возникает «принципал-агент конфликт», когда агенты могут злоупотреблять недостаточной осведомленностью своих принципалов. Несомненно, врач более осведомлен о своих профессиональных навыках и непосредственных обязанностях, поэтому при заключении контракта необходимо уделять большое внимание выявлению актуальной информации, чтобы предложить сотруднику оптимальный контракт, удовлетворяющий его материальным потребностям и в то же время стимулирующий к большей добросовестности. Для предупреждения возникновения проблемы асимметрии информации непосредственно на рабочем месте используется модель информационных сигналов, которая уменьшает шансы неблагоприятного отбора принципалом агента, который до заключения контракта может доказать потенциальному работодателю наличие высокой квалификации и профессионализма каким-либо приемлемым способом.

Помимо вышеописанной проблемы существует также проблема возникновения морального риска. В этом случае асимметрия информации проявляется уже после заключения сделки, то есть работник со временем снижает уровень прилагаемых усилий, а соответственно в след за этим падает и качество оказываемых им услуг. Это вызывает у принципалов потребность закладывать в условия контракта соответствующие стимулы, чтобы предотвратить недобросовестное поведение агента в будущем.

К тому же контракты с полной информацией существуют только в теории, на практике же невозможно полностью прописать действия сторон в будущем, поскольку невозможно учесть и предусмотреть все варианта развития событий. Отсюда возникает проблема неполных контрактов, которую возможно попытаться решить только лишь определением участника, который будет иметь право окончательного голоса в тех или иных конфликтных ситуациях.

Таким образом, для преодоления практически всех выше обозначенных проблем, необходимо обозначение в договоре условий предоставления материальных стимулов, что в принципе и подразумевает введение эффективного контракта. Когда мы говорим о переходе на эффективный контракт, то данный механизм становится больше похож на неоклассический контракт, сочетающий в себе элементы имплицитного контракта, о котором уже упоминалось ранее, и классического, который в своем содержании содержит четко оговоренные условия работы, а в данном случае это именно показатели результативности деятельности работников, в соответствии с которыми и должны назначаться стимулирующие выплаты. Такой контракт оставляет возможность для корректировки в силу того, что условия труда по истечении времени могут измениться (хотя бы потому что технологический прогресс не стоит на месте), а, следовательно, возникнет необходимость также изменить и обозначенные в договоре показатели.

## **1.4. Эффективный контракт как инструмент управления кадровым потенциалом и качеством оказываемых медицинских услуг**

Эффективный контракт представляет собой трудовой договор, в котором четко описано, какие обязанности ложатся на медицинского работника, что влияет на его зарплату и сколько он должен работать. При этом систему начисления зарплаты необходимо организовывать так, чтобы учитывалась как сложность работ, так и их качество. В данном соглашении с сотрудником должны быть конкретизированы его должностные обязанности, условия вознаграждения его труда, конкретные результаты труда и качество оказываемых услуг, а также критерии и показатели для оценки эффективности трудовой деятельности при назначении стимулирующих выплат.

Применение эффективного контракта в учреждении требует выполнения некоторых условий. Так, например, результаты работы должны быть так или иначе измеримы для установления параметров, в соответствие которым и будут назначаться стимулирующие выплаты. Также необходимо создание системы мониторинга качества оказываемых услуг, которая в данном случае может представлять собой систему мониторинга удовлетворенности пациентов предоставляемыми медицинскими услугами и непосредственно работу с претензиями и рекламациями.

Трудовой контракт должен быть специфичным в зависимости от характера выполняемой работы, то есть требования к работнику должны соответствовать его квалификации и занимаемой должности, а оплата труда – сопоставимой с аналогичной оплатой в частном секторе так, чтобы бюджетные учреждения были конкурентоспособны как работодатели и могли привлекать настоящих профессионалов. Степень детализации показателей результативности деятельности также должна зависеть от занимаемой сотрудником должности в организации. В целях назначения стимулирующих выплат для каждого работника индивидуально в соответствии с оценкой результативности его деятельности и прикладываемых усилий необходимо создание адекватного механизма перераспределения средств в учреждении. Этот механизм, а также система найма и продвижения по службе должны быть максимально открытыми и прозрачными, обладающими понятными для широкого круга пользователей критериями и показателями результативности.

Следует отметить, что эффективный контракт должен применяться не только по отношению непосредственно к самим работникам медицинского учреждения, но и к руководителям. Таким образом, данное введение способствовало бы сокращению разрыва в размере заработной платы управленческого аппарата и рядовых сотрудников, что в целом улучшило бы внутриорганизационный климат и содействовало бы более продуктивной работе всех сотрудников учреждения.

Немаловажно, что для того, чтобы эффективный контракт действительно оказывал мотивирующее влияние, стимулирующая часть оплаты труда должна предполагать регулярные выплаты, а не единовременные. К тому же контракт может только обеспечивать возможность получения стимулирующих выплат в том или ином размере или их неполучение, но не должен предполагать наложение штрафов и санкций в случае невыполнения установленных показателей результативности деятельности.

Эффективный контракт как инструмент управления кадровым потенциалом бюджетных медицинских учреждений должен способствовать формированию мотивации сотрудников, основанной не только на реализации своей профессиональной деятельности, но и обеспечивать такой размер оплаты труда, который позволял бы сконцентрировать усилия работника на качестве исполняемых обязанностей и достижении некоторых результатов, измеряемых конкретными показателями. Таким образом, внедрение эффективного контракта повлечет за собой повышение индивидуальной ответственности за результаты профессиональной деятельности, улучшение качества управления персоналом, прозрачность и справедливость стимулирующих выплат, создание условий для конкуренции между организациями за привлечение лучших кадров, и в целом повысит качество предоставляемых услуг бюджетными медицинскими учреждениями.

## **Выводы**

На основании рассмотренного теоретического материала и проведенного анализа системы оплаты труда работников бюджетных медицинских учреждений было установлено следующее.

Существующая система оплаты труда обладает множеством недостатков. Во-первых, у сотрудников отсутствуют стимулы к качественному выполнению работы в силу того, что в бюджетных учреждениях в основном используется повременная оплата труда, то есть оплата осуществляется за фактически отработанное время. Во-вторых, существует вероятность возникновения несправедливости оплаты, так как фактически результаты труда не учитываются и возможна одинаковая заработная плата как для добросовестных сотрудников, так и для безответственных, к тому же премирование зачастую осуществляется, исключительно полагаясь на субъективное мнение начальства, которое может быть предвзятым. Также финансирование медицинских учреждений не было увеличено, поэтому зарплаты медицинских работников остаются на стабильно низком уровне. В связи с этим возникает еще одна проблема – отток профессиональных кадров из бюджетных учреждений в частные клиники, где предполагается, что им будем предложены более выгодные условия работы.

Характер труда медицинских сотрудников требует высокой степени самоотдачи, поэтому большую роль имеет мотивационная составляющая работы. Несомненно, существуют такие нематериальные стимулы, как репутация врача, врачебный долг, доверие пациентов, правила и нормы, установленные в учреждение и подлежащие исполнению. Однако немаловажным является и материальное стимулирование, при котором основой для качественного исполнения обязанностей работников становится соразмерная компенсация за их трудовые усилия.

С целью удержания и повышения мотивации сотрудников руководители должны как можно лучше формулировать условия трудовых договоров. Контрактная теория учитывает все параметры нефинансового характера заключенного договора, которые способны существенно влиять на решение сторон. Согласно этой теории, при заключении любого контракта можно столкнуться с некоторыми проблемами, а именно с проблемой асимметрии информации, неполной контракта и проблемой возникновения морального риска. Для преодоления вышеописанных проблем существует необходимость обозначения в договоре конкретных условий предоставления материальных стимулов, что и подразумевает введение эффективного контракта.

В настоящей главе также был рассмотрен эффективный контракт как инструмент управления кадровым потенциалом и качеством оказываемых медицинских услуг. Данный документ призван конкретизировать права и обязанности сотрудника, а также условия получения стимулирующих выплат. Следует отметить, что для того, чтобы эффективный контракт действительно оказывал мотивирующее воздействие, стимулирующая часть оплаты труда должна предполагать регулярные выплаты, а не единовременные, при этом оплата труда в целом должна оставаться соразмерной с аналогичной оплатой в частном секторе.

**Глава 2. Использование системы эффективных контрактов в бюджетных медицинских учреждениях Российской Федерации**

**2.1. Основные характеристики медицинских учреждений как объекта управления**

Процесс внедрения в медицинские организации новых механизмов и технологий управления имеет достаточно длительную историю. В рамках построения рыночной экономики появилась необходимость оценки систем управления бюджетных учреждений, что в свою очередь требует учета особенностей медицинской деятельности, а также сбалансированности производственно-организационных и социально-экономических отношений. Для оценки эффективности управленческой деятельности учреждения фактические результаты сопоставляются с запланированными, и таким образом определяется степень соответствия выполненных и поставленных задач.

 Немаловажной является роль контроля в медицинском учреждении, который необходим как для обеспечения условий безопасного лечения пациентов, так и для предоставления благоприятной рабочей среды для медицинского персонала.

Существуют следующие виды контроля:

* внутренний или производственный
* исследования различных объектов, в том числе внутренняя отделка помещений, система вентиляции, освещение, инструменты, лекарственные средства, технологическое оборудование, условия труда персонала и др.[[3]](#footnote-3)
* внешний или Государственный:
* плановый 1 раз в 2 года (в соответствии с ФЗ №134 от 08.08.2001 г. «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля»),

- внеочередной - по эпидемическим показаниям, по жалобам, по чрезвычайным ситуациям, по выполнению предписаний.

На качество медицинской помощи влияют три группы факторов:

* общеэкономические и медицинские характеристики учреждения;
* деятельность врачей и другого медперсонала;
* характеристики пациента и его образа жизни.[[4]](#footnote-4)

Эти факторы, в свою очередь, оказывают влияние на такие показатели качества предоставления медицинской помощи как своевременность, квалификацию персонала, ее экономическую эффективность и должностную этику.

Однако при оценке деятельности используются в основном количественные показатели, такие как количество принятых пациентов, больничная летальность, оборот койки и т.д. Подобные показатели отображаются в следующих основных учетных формах:

* статистическая карта выбывшего из стационара (форма 077/у);
* листок учета больных и коечного фонда (форма 077/у);
* журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 011/у);
* журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у);
* медицинская карта стационарного больного (форма 003/у).

 Представленные документы используются как для составления годового статистического отчета медицинской организации, так и для экспертного анализа первичной медицинской документации, который необходим для определения уровня обеспечения населения качественной медицинской помощью, а также для оперативного управления учреждением, в том числе и его персоналом.

Таким образом, для внедрения такого нововведения как эффективный контракт в отдельно взятом медицинском учреждении, прежде всего следует убедиться, что хорошо развита система управления и контроля в данной организации для того, чтобы беспрепятственно перейти на новый вид трудового договора.

**2.2. Нормативно-правовая база введения эффективного контракта в бюджетных медицинских учреждениях**

Эффективный контракт - это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.[[5]](#footnote-5)

Фактически, эффективный контракт является элементом нового государственного менеджмента, одним из принципов которого является повышение прозрачности бюджетов, с привязкой затрат к результатам дея­тельности, а не к используемым ресур­сам.[[6]](#footnote-6)

Основной предпосылкой внедрения данного механизма в России послужило то, что уровень заработных плат медицинских работников не связан с качественными показателями деятельности. Во многих учреждениях выплаты стимулирующего характера являются гарантированной надбавкой к окладу, не имеющей отношения к результатам труда, которую используют для того, чтобы удержать имеющихся работников при низком размере тарифной части заработной платы. Также в некоторых случаях используют выплаты без указания конкретных измеримых параметров.

Документом, послужившим основой для введения эффективного контракта, являлось Бюджетное послание Президента Российской Федерации от 29.06.2011 года о бюджетной политике в 2012 - 2014 годах, в котором говорилось, что оплата труда сотрудников государственных и муниципальных учреждений должна стать более конкурентоспособной по отношению к оплате труда в других секторах. В частности, упоминалось о том, что должна вырасти заработная плата учителей и медицинских работников согласно программам модернизации.[[7]](#footnote-7)

Нормативным правовым актом, вводящим в действие эффективный контракт, был Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Данный документ также послужил основой для принятия Программы поэтапного совершенствования систем оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы, основными целями которой являются:

* сохранение кадрового потенциала;
* повышение престижности и привлекательности работы в медицинской организации;
* обеспечение соответствия оплаты труда работников качеству оказания ими государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ).

В этой Программе также были установлены следующие направления деятельности для достижения поставленных целей:

* совершенствование системы оплаты труда работников, ориентированных на достижение конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг;
* создание прозрачного механизма оплаты труда руководителей медицинских организаций;
* развитие кадрового потенциала работников;
* создание организационных и правовых условий для достижения целевых показателей уровня средней заработной платы отдельных категорий работников, определенных Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761.[[8]](#footnote-8)

Согласно Бюджетному посланию Президента Российской Федерации от 28.06.2012 о бюджетной политике в 2013 - 2015 годах эффективный контракт должен четко определять условия оплаты труда и «социальный пакет» работника в зависимости от качества и количества выполняемой им работы. К тому же подразумевается, что его применение повысит конкурентоспособность государства как работодателя и общую привлекательность профессий в бюджетном секторе экономики.[[9]](#footnote-9)

Необходимость перехода на эффективный контракт также обозначалась в Распоряжении Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Реализация этих мероприятий должна обеспечить установление механизмов зависимости уровня оплаты труда сотрудников медицинских учреждений от количественных и качественных показателей, предоставляемых населению бесплатных медицинских услуг.[[10]](#footnote-10)

## **2.3. Механизм распределения стимулирующих выплат согласно эффективному контракту**

Прежде чем перейти непосредственно к механизму распределения стимулирующих выплат сотрудникам, следует описать саму систему финансирования бюджетных медицинских учреждений в целом.

Государственные медицинские учреждения имеют следующие возможные источники финансирования:

1) Федеральный бюджет;

2) Областной бюджет;

3) Городской бюджет;

4) Страховые медицинские организации (СМО), которые финансируются за счет территориально фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС);

5) Страховая компания, осуществляющая добровольное страхование (ДМС);

6) Платные услуги.

Для каждого источника финансирования составляется смета, которая передаются на корректировку и утверждение в соответствующие инстанции, однако зачастую размер утвержденных средств не соответствует суммам, предложенным в смете.

Медицинское страхование может быть обязательным и добровольным. Обязательное медицинское страхование является общим для населения РФ и реализуется в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, которые гарантируют объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг.

Территориальный ФОМС заключает договоры со страховыми медицинскими компаниями, которыми являются юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Именно эти организации выдают полисы населению, заключают договора на медицинское обслуживание с медицинскими учреждениями и осуществляют оплату наступивших страховых случаев. То есть средства в медицинские учреждения поступают непосредственно от страховых компаний (при осуществлении программы ОМС), которые в свою очередь получают их от территориального фонда обязательного медицинского страхования, либо из городского бюджета, выделяемые на страхование неработающих слоев населения. Деятельность бюджетных учреждений, выходящая за рамки программы обязательного медицинского страхования, финансируется за счет других источников, а именно за счет оказания платных медицинских услуг. Схематично данный процесс отображен на рисунке 1.



Рисунок 1. Схема финансирования бюджетных медицинских учреждений

Стоит отметить, что в нормативно-правовых актах, регулирующих обязательное медицинское страхование в России закреплены права граждан на выбор медицинской организации и врача, этому соответствует и один из способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц за оказанную медицинскую услугу, за посещение или обращение. Таким образом, реализуется принцип «деньги следуют за пациентом», то есть чем больше прикрепленных к медицинскому учреждению граждан и оказанных медицинских услуг, тем больший размер финансирования получает организация. Помимо финансирования по подушевому нормативу, оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется по клинико-статическим группам заболеваний (КСГ). Оплата медицинской помощи по КСГ представляет собой оплату по тарифу, рассчитанному исходя из установленных базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.[[11]](#footnote-11)

У администрации поликлиник нет законных оснований отказать гражданину в обслуживании (наблюдении и лечении). Загруженность или переполненность терапевтических участков, или отсутствие специалистов не принимаются в качестве аргумента для отказа ни пациентами, ни страховыми компаниями, ни другими проверяющими инстанциями. При проверке медицинских учреждений по поводу жалоб граждан на нарушение права на выбор медицинской организации и врача проверяющие органы настаивают на создании дополнительных участков, расширении кадрового состава и т.д. Однако на практике существует проблема, препятствующая подобным действиям, и это недостаточность тарифов в системе ОМС.

Средства, полученные от страховых компаний, распределяются руководством медицинского учреждения по всем статьям расходов, за исключением приобретения дорогостоящего оборудования и капитально ремонта, а именно на закупку медикаментов, перевязочных средств и необходимого оборудования и т.д., а также на оплату труда сотрудников (их основного оклада). После этого утвержденная по учреждению комиссия распределяет стимулирующие выплаты по критериям эффективности деятельности из оставшихся денежных средств.

Механизмы распределения стимулирующих выплат конкретным работникам могут быть разными, в частности на основе балльной оценки.

Цена одного балла устанавливается ежемесячно приказом главного врача в пределах бюджетных ассигнований и средств ОМС, предусмотренных на очередной финансовый год по фонду оплаты труда, исходя из выполнения финансового плана по учреждению, утвержденного министерством здравоохранения и территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

Общая формула для расчета стоимости одного балла выглядит следующим образом:

$$Стоимость балла=\frac{Сумма выплат, подлежащая распределению}{Максимальное общее количество баллов},$$

где максимальное общее количество баллов – это сумма максимального количества баллов, которое может быть получено отдельно врачами, средним и младшим медицинским персоналом. Также для расчета стоимости балла зачастую применяются повышающие коэффициенты: по врачам - 3, по среднему персоналу - 2, по младшему персоналу - 1. Таким образом, максимальное количество баллов, которое может быть получено, например, врачами равняется произведению повышающего коэффициента 3, количества врачей и максимального количества баллов, которое может получить сотрудник в организации. Для определения максимальной выплаты на одного сотрудника по врачам, среднему персоналу, младшему персоналу полученная стоимость одного балла по учреждению умножается на соответствующий повышающий коэффициент.[[12]](#footnote-12) При этом рекомендованный размер стимулирующих выплат должен составлять примерно 30% от общей суммы заработной платы сотрудника.

Исходя из описанного выше механизма определения суммы выплат, подлежащих распределению (а именно, сюда идут те средства, которые остаются после оплаты всех первостепенных задач), она может меняться ежемесячно, а соответственно, будет меняться и стоимость балла, так как знаменатель дроби остается неизменным (если не происходит каких-либо кадровых изменений). Таким образом размер стимулирующих выплат не может оставаться на одном и том же уровне даже при наборе сотрудником одинакового количества баллов в разных отчетных периодах.

**2.4. Механизм определения показателей деятельности и оплаты труда на основе эффективных контрактов в учреждениях здравоохранения**

В целях заинтересованности работников в повышении их труда и качества оказываемых медицинских услуг показатели деятельности работников и оплаты труда могут разрабатываться внутри учреждения специально созданной для этого комиссией, в которую обычно входят заместители главного врача, руководители структурных подразделений и старшие сестры подразделений.

Данная комиссия:

* разрабатывает показатели эффективности и критерии оценки деятельности сотрудников учреждения;
* оценивает выполнение показателей эффективности работниками структурного подразделения;
* оформляет решение комиссии протоколом (или др. установленным документом);
* знакомит под роспись работников с оценкой качества их работы.[[13]](#footnote-13)

При составлении показателей эффективности деятельности работников должны учитываться:

1) Качество выполняемых работ;

2) Выполнение плановых показателей подразделения, выполнение госзаказа;

2) Соблюдение стандартов медицинской помощи;

3) Соблюдение трудовой дисциплины и кодекса профессиональной этики;

4) Качество оформления документации;

5) Удовлетворенность граждан качеством оказания медицинской помощи;

6) Наличие обоснованных жалоб;

7) Наличие оснований для лишения стимулирующих выплат, выявленных руководством учреждения или экспертом страховой медицинской организации во время плановой проверки.

Также в организации должна существовать и вторая комиссия, включающая в себя руководителя или его заместителя, экономиста, бухгалтера, специалиста отдела кадров и др. В ее функции входит:

* распределение средств, идущих на стимулирующие выплаты, по структурным подразделениям и по общебольничному персоналу;
* рассмотрение спорных вопросов от работников по оценке критериев результативности деятельности;
* оформление проекта приказа о распределении стимулирующих выплат за качество работы.

Таким образом, разработка показателей эффективности деятельности и внедрение эффективного контракта в медицинском учреждении – это долгий и сложный процесс, требующий вовлечения большого количества управленческого персонала, при этом успешность их работы во многом зависит от того, насколько работники в организации готовы принимать эти изменения и насколько они им остаются понятны.

## **2.5. Особенности и проблемы функционирования системы эффективного контракта в российском здравоохранении**

Прежде всего, хотелось бы отметить, что зачастую введение эффективного контракта отождествляют с повышением заработных плат, однако на самом деле суть его заключается в повышении доступности и качества медицинской помощи за счет coздания более действенных стимулoв к труду, а также за cчет улучшения кадрового потенциала отрасли. Как таковой рост оплаты труда должен быть обусловлен дифференциацией в оплате различных сотрудников, а также путем достижения конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг.

Процесс внедрения системы контролируется руководителями государственных учреждений, и степень эффективности этого процесса зависит именно от их грамотной управленческой работы. Необходимо иметь четкое представление о характере действий, направленных на реорганизацию системы материального обеспечения сотрудников и призванных повысить их КПД. При переходе на эффективный контракт для каждого медицинского работника должна быть конкретизирована его трудовая деятельность, установлены показатели эффективности его рабочей практики и, соответственно, зафиксирован размер вознаграждения за достижение этих показателей. Руководство при разработке такого контракта должно создать действенную систему материального стимулирования сотрудников за оказание качественных медицинских услуг, а для этого необходимо учитывать интересы обеих сторон. То есть руководство здравоохранительного учреждения заинтересовано в повышении показателей эффективности работы своих сотрудников, сотрудники же хотят получать вознаграждение, стимулирующее их повышать качество производимой работы и соответствовать высоким стандартам. Следовательно, работники государственного медицинского учреждения должны ясно представлять себе механизм оплаты труда и быть должным образом проинформированы как о размере стимулирующих выплат, так и о показателях, влияющих на их получение. Однако в современных реалиях на определенных этапах внедрения эффективного контракта могут возникнуть некоторые проблемы, связанные с распределением бюджета. Так как решение о назначении стимулирующих выплат принимает руководство, а сотрудники имеют расплывчатое представление о механизмах функционирования эффективного контракта, могут возникнуть условия для развития коррупции в медицинском учреждении. Именно поэтому вместе с данной системой необходимо разрабатывать и систему контроля внутренней политики организации на уровне нормативно-правовых актов. Она не должна быть тяжеловесной, многоуровневой и бюрократизированной, так как на сегодняшний день в госучреждениях рутинная бумажная работа отнимает большое количество времени у сотрудников. В идеале она должна быть предельно прозрачной, эффективной, взаимодействующей со всеми структурными компонентами медицинской организации.

В настоящее время сложно создать в здравоохранении универсальную стимулирующую систему оплаты труда, потому как даже в пределах одного медицинского учреждения работает множество сотрудников, выполняющих разнообразную деятельность в различных условиях труда. Одни и те же показатели вряд ли могут быть применимы для персонала, работающего в разных структурных подразделениях. К тому же стоит учитывать, что производительность труда может быть увеличена как за счет большей интенсивности собственной деятельности, так и за счет использования лучшего оборудования и дорогостоящих медицинских препаратов.

Одной из основных проблем введения эффективного контракта также является непонимание работниками методологического подхода, измеряющего эффективность их труда. У сотрудников отсутствует понимание, как внедрение данной системы отразится на их трудовых правах, а также является ли это нововведение новым видом трудового договора или же новым вариантом оплаты труда.

Документ, закрепляющий трудовые отношения с работником при введении эффективного контракта, является обычным трудовым договором. Таким образом, при переходе на эффективный контракт нет необходимости в расторжении действующего трудового договора и заключении нового, так как можно заключить только дополнительное соглашение к нему. Такие изменения в трудовые договоры могут вноситься как по соглашению сторон, так и в одностороннем порядке по инициативе работодателя, поставив работника в известность не позднее, чем за два месяца. Однако в некоторых случаях руководители просто изменяют название трудового договора, избегая при этом ряд предшествующих процедур, таких как внесение изменений в положение об оплате труда, определение показателей и критериев эффективности, а также уведомление работников об изменении контракта в установленные законодательством сроки. Такие юридически-неподкованные руководители ведут себя некомпетентно и подрывают процесс внедрения в нашей стране механизма эффективного контракта.

Еще одной актуальной проблемой можно назвать информационную асимметрию и абстрактность существующих показателей. Медицинские услуги относятся к доверительным благам, поэтому их качество практически невозможно измерить. Несомненно, специалист в области медицины оказывает гораздо бóльшую помощь пациенту с серьезным заболеванием, потратив на него значительную долю рабочего времени, чем группе школьников, проведя медосмотр, требующий не специальных навыков, а просто формальных процедур. Принимая во внимание это обстоятельство, большую роль во врачебной практике играет добросовестность персонала. В настоящее время в России существует тенденция предоставления некачественных услуг в государственных медицинских организациях, при этом если используются количественные показатели эффективности работы (например, число принятых пациентов за рабочий день), может возникнуть ситуация, когда производители таких услуг, будет получать оплату выше, чем сотрудники, выполняющий свою работу «на совесть». При этом качественные показатели эффективности зачастую слишком абстрактны, что не позволяет правдиво и полно отразить качество и результативность работы персонала медицинского учреждения.

Стоит также отметить чрезмерный бюрократизм системы здравоохранения. Врачи обязаны вести истории болезни, операционный журнал, амбулаторные карты, а также дневник ежедневного учета, в котором указывается информация о принятых пациентах за день и др. Подобная бумажная работа отнимает в среднем половину их рабочего дня и не позволяет заниматься непосредственно больными, которым требуется срочная помощь или обязательный уход. В подобной ситуации медицинские сотрудники скорее нацелены исполнять не свои прямые обязанности, то есть оказание квалифицированной помощи пациентам, а работать над различными формами отчетности, сводками и историями болезней.

## **Выводы**

На основании проведенного анализа использования системы эффективных контрактов в бюджетных медицинских учреждениях можно сделать следующие выводы.

Прежде всего, для перехода на новый вид трудового договора, а именно эффективный контракт, необходимо, чтобы в медицинском учреждении была достаточно хорошо развита система управления и контроля с целью обеспечения создания прозрачной и эффективной системы выплат стимулирующего характера.

В ходе исследования был проанализирован ряд нормативных документов, касающихся внедрения эффективного контракта. Особое внимание хотелось бы обратить на Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», вводящий в действие эффективный контракт и послуживший основой для принятия Программы поэтапного совершенствования систем оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы. Помимо этого, необходимость перехода на эффективный контракт была обозначена еще в ряде документов. Таким образом, можно сказать, что нормативная база подготавливалась постепенно и последовательно.

В рамках рассмотрения механизма распределения стимулирующих выплат согласно эффективному контракту была также проанализирована существующая система финансирования медицинских учреждений. Основной выявленной проблемой здесь является то, что из-за непостоянства суммы денежных средств, приходящих бюджетным медицинским учреждениям от страховых организаций, размер стимулирующих выплат также будет меняться из-за изменения стоимости баллов, предусмотренных контрактом.

В работе также был рассмотрен механизм определения показателей деятельности и оплаты труда на основе эффективных контрактов. Стоит отметить, что показатели разрабатываются в каждом учреждении отдельно специально созданной для этого комиссией. Процесс разработки и внедрения их в организацию является достаточно сложным и включает в себя множество процедур. При этом успешность работы этих показателей на практике во многом зависит от готовности сотрудников к изменениям.

В качестве основного результата введения эффективного контракта зачастую понимают повышение заработных плат, однако на самом деле его суть заключается в повышении доступности и качества медицинской помощи за счет создания более действенных стимулов к труду и улучшения кадрового потенциала отрасли. Процесс внедрения системы эффективных контрактов контролируется руководителями медицинских учреждений, поэтому многое зависит от их грамотной управленческой работы. Однако в настоящее время существует риск развития коррупции, так как решение о назначении стимулирующих выплат принимает руководство, а сотрудники имеют расплывчатое представление о механизмах функционирования эффективного контракта. Еще одной немаловажной проблемой является чрезмерный бюрократизм в государственных учреждениях. И к тому же из-за того, что медицинские услуги относятся к доверительным благам и их качество практически невозможно измерить, существуют такие проблемы как информационная асимметри́я и абстрактность существующих показателей.

# **Глава 3.** **Разработка рекомендаций по совершенствованию оценки деятельности работников медицинских бюджетных учреждений**

## **3.1. Функционирование системы эффективного контракта на практике в российских бюджетных медицинских учреждениях**

Для выявления основных проблем при внедрении эффективного контракта в прошлом году были проведены глубинные интервью среди сотрудников Государственной Новосибирской областной клинической больницы, в котором приняли участие 62 респондента, большую часть из которых составили работники терапевтического и гинекологического отделений (Приложение 1).

Как оказалось, большинство опрашиваемых не понимали значение термина «эффективный контракт», однако при определении его как трудового договора, в основе которого лежит принцип материального вознаграждения согласно результатам деятельности работника, практически все заявили, что знакомы с этим. Тем не менее, выяснилось, что большинству непонятен механизм работы данного инструмента, особенно старшему поколению тяжело отойти от привычной системы гарантированных выплат и научиться считать баллы по критериям эффективности за которые им полагаются стимулирующие выплаты. Из этого следует вывод о том, что для того чтобы внедрение эффективного контракта в организации прошло успешно, существует необходимость в индивидуальной информационной работе с каждым, однако в настоящее время во многих медицинских учреждениях подобной работы не проводится.

Большинство респондентов, а именно 43 человека, выразили свое недовольство тем, что на практике механизм оплаты по результатам не работает. Регламентом установлено сколько человек в день должен принимать врач или обслуживать медсестра, за перевыполнение нормы полагаются стимулирующие выплаты, но в то же время действуют также штрафные санкции, если сотрудник не выполнил предписанный объем работы. Однако подобные количественные показатели не являются эффективными, потому как некоторые пациенты обращаются с серьезными болезнями и им необходимо уделить достаточно времени для качественного обслуживания при этом количество принятых врачом человек в день может сократиться. В то же время иногда случается «наплыв» пациентов, например, во время медосмотров, в таком случае наоборот количество принятых посетителей в день может резко увеличиться, так как в таком случае обычно не требуется глубокого исследования болезни. Стоит отметить, что наличие штрафных санкций подразумевает лишение стимулирующей части выплат, при этом сумма основного оклада не затрагивается.

Несмотря на высокий уровень ответственности за пациентов, а также за документацию и правильное оформление бумаг, заработная плата медицинских сотрудников остается на низком уровне. На протяжении многих лет идут разговоры на тему повышения выплат медперсоналу. Однако хотя зарплата будет повышена, под этим подразумевается, что повышен будет не оклад, а другие ее составляющие, т.е. премии и доплаты за проявленные заслуги. В то же время система выплат в государственных учреждениях этих премий настолько непрозрачна, что многие сотрудники считают, что результаты их трудовой деятельности и вовсе не учитываются руководством. Это также является проблемой на пути внедрения нового вида трудового контракта, потому как даже при наличии качественных показателей эффективности, существует вероятность того, что при недобросовестном руководстве у сотрудников даже не будет однозначного понимания, за что им полагаются стимулирующие выплаты. Таким образом, возникает необходимость усиления контроля за качеством осуществляемой деятельности не только сотрудников, но и руководителей.

В этом году проводились анкетирование среди выпускников президентской программы профессиональной переподготовки «Менеджмент в здравоохранении», а также глубинные интервью с заведующими поликлиник Санкт-Петербурга и Новосибирской области. В процессе сбора первичной информации задавались такие вопросы как «что изменилось после введения эффективного контракта?», «какие есть положительные и отрицательные стороны введения эффективных контрактов?», «как определяются показатели деятельности и оплаты труда в учреждении?» и другие. (Приложение 2). Всего было получено четыре экспертных мнения.

Среди положительных сторон введения эффективного контракта на практике можно выделить появление прозрачной системы стимулирующих выплат и понятную систему критериев. Данная система разрабатывается в каждом структурном подразделении специально созданной для этого комиссией для каждой номенклатурной должности. Все критерии утверждены приказом главного врача и согласованы с профсоюзной организацией. По итогам квартала расширенной комиссией подводятся итоги (объемные и финансовые) и определяется размер финансирования для стимулирующих выплат на следующий квартал. Все стимулирующие выплаты по эффективным контрактам привязаны к должностному окладу. В то же время они перестали быть одинаковыми для всех сотрудников, которые теперь ежемесячно понимают объемы и качество своего труда.

Однако отрицательных сторон оказалось намного больше, так, все опрошенные отметили недостаточное финансирование и, как следствие, слабую мотивационную составляющую. Это связано с тем, что после введения эффективного контракта государственное финансирование медицинских учреждений не увеличилось, а суммы, распределяемые в учреждения от компаний обязательного медицинского страхования, фактически остались прежними. Размер стимулирующих выплат определяется только исходя из оставшейся части финансирования, после выделения средств на должностные оклады работников, закупку лекарств, необходимого оборудования и так далее. Таким образом, зарплаты медицинских сотрудников по-прежнему остаются на невысоком уровне. Некоторые учреждения пытаются выйти из сложившейся ситуации путем перераспределения бюджета в пользу Фонда оплаты труда. В то же время многие руководители сокращают численность персонала, тем самым увеличивая нагрузку на других сотрудников. Существует также и третий способ преодоления недостатка финансирования – это увеличение объема платных услуг, однако он не является действенным в силу того, что зачастую платные услуги в бюджетных учреждениях служат для того, чтобы покрывать так называемые «дырки» ОМС, т.е. когда компании страхования выделяют денежные средства в объеме меньше запланированного в ряду разных причин, например, при проверке может выясняется, что пациент получил несоответствующее лечение, неверное заполнение амбулаторных карт или в данном отчетном периоде по полисам ОМС было обслужено меньшее количество человек, чем рассчитывалось.

С этим также связана и следующая проблема – ежемесячно стоимость одного балла меняется. Сотрудники не могут рассчитывать на определенную сумму стимулирующих выплат, даже если знают о количестве набранных ими баллов, так как сумма выплат, подлежащая распределению между сотрудниками всегда разная в зависимости от наличия некоторых факторов, описанных выше.

Зачастую среди критериев эффективности выделяется заполнение амбулаторных карт. Несмотря на то, что это действительно является неотъемлемой составляющей работы большинства сотрудников, в настоящее время требуется не только заполнение карт вручную, но также и в электронном варианте. На это уходит достаточно большая часть времени, к тому же может вызывать некоторые сложности у медперсонала старшего поколения. Таким образом, бюрократическая нагрузка на сотрудников явно не может способствовать повышению качества оказываемых медицинских услуг в целом. Также стоит отметить, что качество заполнения амбулаторных карт подлежит субъективной оценке руководителя, который может повлиять на распределения баллов, особенно учитывая уже ранее упомянутый недостаток финансирования в системе.

Очевидно, что для разных должностей не могут быть установлены одинаковые критерии, однако при неправильном определении этих самых критериев может возникнуть ситуация несправедливости распределения стимулирующих выплат. К примеру, различны показатели деятельности действующего хирурга и терапевта в силу их должностных обязанностей, различна и нагрузка на данных сотрудников – хирург проводит операции по некоторому плану в течение своего рабочего дня, в то время как терапевт сидит на приеме и через его кабинет в течение дня проходит нескончаемый поток пациентов. Предположим, что они оба выполняют свою работу «на совесть», соответственно, набирают максимум баллов по эффективному контракту и получают стимулирующие выплаты, размер которых будет абсолютно одинаковым (при условии изначально одинакового количества критериев для этих должностей), однако нагрузка может в корне различаться. Для того, чтобы предупредить подобную несправедливость комиссии следует более тщательно подходить к разработке критериев оценки эффективности работников, однако это тяжело реализуемо на практике ввиду специфичности должностных обязанностей отдельных категорий сотрудников.

В ходе проводимых бесед, заведующие поликлиник утверждали, что в общем немаловажной проблемой проблем эффективного контракта является большое количество критериев, рекомендуемых для введения приказом Минздрава РФ от 28.06.2013 № 421. Сложность здесь состоит в том, что в среднем их количество на одну должность составляет от 5 до 7 показателей и руководству приходится проставлять эти баллы каждому сотруднику, проверяя результаты их деятельности на соответствие действительности. К тому же сложность состоит и в их разработке, а порой формулировки некоторых показателей могут быть не совсем адекватными и порой доходить до абсурда.

Таким образом, нынешняя система критериев эффективности является излишне сложной и громоздкой для нормального функционирования. Одним из опрошенных экспертов было предложено для всех должностей и категорий персонала ввести всего два критерия, за которые могут начисляться баллы – отсутствие обоснованных жалоб потребителей медицинских услуг и выполнение плана посещаемости (выполнение госзаказа). Фактически, таких критериев было бы достаточно, так как они одновременно бы служили показателями качества (исходя из удовлетворенности пациентов) и количества оказываемых услуг. К тому же это бы существенно упростило работу управленческого аппарата и внесло бóльшую ясность и конкретность стимулирующих выплат для рядовых сотрудников.

Стоит отметить, что на данный момент далеко не все бюджетные медицинские учреждение переведены на эффективный контракт. В некоторых случаях он значится только на бумаге для отчетности, в то время как организации продолжают использовать прежние методы выплаты гарантированных надбавок персоналу.

**3.2. Система мониторинга удовлетворенности пациентов предоставляемыми медицинскими услугами**

Удовлетворенность потребителей медицинских услуг является наиболее важным показателем качества работы сотрудников, находящихся на любых должностях, и рекомендованным к наличию в трудовых договорах, составленных по типу эффективного контракта. Поэтому хотелось бы более подробно рассмотреть методы оценки удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием и порядок работы с претензиями и рекламациями.

**3.2.1. Методы оценки удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием**

Повышение качества медицинского обслуживания является одной из главных целей деятельности любой медицинской организации. Как уже говорилось ранее, при внедрении эффективного контракта в медицинском учреждении необходим контроль за качественным исполнением обязанностей сотрудниками. Несомненно, такой контроль должен осуществляться со стороны руководства, однако при этом одним из главных индикаторов качества оказанных услуг является удовлетворенность их пациентов.

Получение данной информации может осуществляться по принципам обратной связи в виде опросов пациентов, анкетирования, анализа жалоб и претензий и т.д. При этом медицинские организации используют самые различные методики и подходы. Однако, если в организации функционирует система менеджмента качества, то возникает необходимость стандартизации подходов к оценке и мониторингу удовлетворенности пациентов. Для этих целей существует унифицированный подход, изложенный в международных стандартах серии ИСО 9000:2000.

В настоящее время в России используется их обновленная версия - ГОСТ Р ИСО 9001:2001. Этот стандарт универсален и применим в деятельности любой организации, в том числе и медицинской, поскольку он устанавливает единые требования к системам менеджмента качества, подтверждающим способности учреждения предоставлять услуги неизменно высокого качества.

Для принятия эффективных управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской услуги и процесса ее оказания, руководством могут использоваться результаты мониторинга удовлетворенности пациента, который представляет собой специально организованное, систематическое наблюдение, с целью сбора информации об обеспечении потребителей данной услуги качественной медицинской помощью, ее структурирования, анализа, оценки и создания базы данных.

Мониторинг оценки удовлетворенности пациентов должен включать в себя проведение постоянного маркетингового исследования удовлетворенности пациентов поликлиники (доступное анонимное анкетирование и интервьюирование), учет претензий и проведение стандартизированных процедур оценки претензий потребителей медицинских услуг поликлиники, соответствующих требованиям ГОСТ Р ИСО 9001:2001, сбор, обработку и анализ любой информации об удовлетворенности потребителей медицинских услуг поликлиники (в том числе и благодарностей пациентов), а также создание и пополнение базы данных об удовлетворенности для отслеживания изменений в ее динамике.

В рамках мониторинга разработан порядок выполнения работ по проведению процедур оценки удовлетворенности пациентов, которая содержит описание необходимых процедур, а также ответственность и полномочия в рамках данной процедуры. Данная методика включает в себя:

* правила и последовательность этапов процедуры;
* способы сбора первичной информации;
* правила обработки информации и анализа данных;
* правила оформления результатов исследования.

Процедура оценки удовлетворенности включает в себя следующие этапы:

* планирование опроса пациентов и его формы (анкетирование, телефонный опрос, изучение и анализ результатов ранее проведенных опросов)
* опрос пациентов;
* обработку результатов опроса;
* анализ удовлетворенности пациентов.

На первом этапе (планирования опроса) на основе анализа данных результатов ранее проведенных опросов и согласно разработанному на год и утвержденному плану-графику мониторинга удовлетворенности пациентов, определяются цель и задачи исследования. Разрабатывается форма опроса - анкетирование, телефонный опрос, интервьюирование, выборка. Заполняются соответствующие графы специально разработанной формы отчета о процедуре оценки удовлетворенности пациентов. На основе полученной информации ответственный сотрудник должен запланировать опрос потребителей медицинской услуги - разработать статистический инструментарий (анкеты, опросники, планы интервью и т.д.).

На втором этапе проводится непосредственно опрос пациентов в соответствии со сроком, намеченным в плане-графике проведения мониторинга.

На третьем этапе проводится обработка результатов опроса. Этот этап мониторинга включает в себя группировку данных, статистическую сводку и обработку данных.

Оценку удовлетворенности необходимо проводить по каждому показателю по следующей шкале:

* полностью удовлетворен;
* удовлетворен;
* настроен нейтрально;
* не удовлетворен;
* полностью не удовлетворен.

В случае если пациент недоволен качеством оказанных услуг (не удовлетворен или полностью не удовлетворен), то представитель руководства по качеству (зам. главного врача) обязан зарегистрировать несоответствие и осуществить ряд исправляющих действий.

При удовлетворительной оценке представитель руководства по качеству также должен учесть все замечания потребителя медицинской услуги и предпринять меры по их устранению. В то же время информация об удовлетворенности пациентов доводится как до сведения руководства организации, так и до сотрудников, непосредственно оказывающих данную медицинскую услугу.

На четвертом этапе анализируются обработанные данные. Сводные отчеты по удовлетворенности предоставляются на анализ руководству и хранятся в базе данных об удовлетворенности потребителей.

Подобные отчеты должны содержать информацию о средней удовлетворенности пациентов по различным критериям и по различным подразделениям (сотрудникам, медицинским услугам и т.п.), а также графические изображения (диаграммы, графики), которые используются для проведения анализа удовлетворенности предоставляемыми услугами в динамике, и предложения по совершенствованию медицинских услуг поликлиники.

**3.2.2. Работа с претензиями и рекламациями от потребителей медицинских услуг**

В случае возникновения претензии или рекламаций от пациентов должна существовать официальная процедура рассмотрения и оценки претензий, состоящая из следующих этапов:

* регистрация претензии (рекламации);
* проверка обоснованности претензии (рекламации);
* выполнение и регистрация результатов;
* анализ претензий (рекламаций).

После того как претензия зарегистрирована, представитель руководства по качеству должен назначить ответственного за разбор претензии, который, в свою очередь, обязан выяснить ее причины, определить обоснованность и предпринять действия по ее устранению.

На втором этапе проводится проверка обоснованности претензии. Соответственно, необоснованными называются претензии, предъявляемые ошибочно или без соответствующих аргументов. Ответственный (специалист отдела управления и оценки качества), анализируя претензию, связывается с сотрудником, выполнявшим услугу, по которой поступила претензия, и фиксирует его мнение относительно причин претензии, при необходимости связывается с потребителем услуги для уточнения фактов, сбора необходимых доказательств и т.п., формулирует свое мнение относительно причин претензии, определяет ее обоснованность и ставит потребителя в известность о результатах разбора претензии.

Третий этап состоит в определении мероприятий по устранению претензий. Если претензия является обоснованной, то сотрудник, ответственный за ее разбор, определяет мероприятия по ее устранению, согласовывает их совместно с представителем руководства по качеству или руководством учреждения, назначает исполнителя и дату окончания.

На завершающем этапе исполнитель отчитывается перед ответственным за разбор претензии. Если замечаний к исполнителю нет, то претензия считается закрытой.

После окончания всех проводимых процедур, ответственному за разбор следует связаться с потребителем медицинской услуги и оценить, насколько он удовлетворен разбором его претензии.

Все претензии должны отслеживаться сотрудниками структурного подразделения, отвечающего за вопросы качества медицинских услуг, вплоть до полного их удовлетворения. К тому же все претензии необходимо собирать в базу данных об удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами, а информацию доводить к сведению сотрудников.

Разработанная организационная технология мониторинга удовлетворенности пациентов позволит достигнуть следующих результатов:

1. Разработка графика проведения исследований удовлетворенности пациентов (способ исследования, сроки, частота исследований) на год;

2. Распределение ответственности и полномочий;

3. Усовершенствование формы отчетов, сделав их максимально информативными для сравнения и анализа динамики;

4. Разработка системы хранения информации о проведенных исследованиях.

5. Использование алгоритма процедуры по оценке удовлетворенности потребителей, разработанного в соответствии с международными стандартами ГОСТ Р ИСО 9001:2001.

Кроме того, использование представленных выше подходов в рамках разработанной технологии позволит оценить структуру потребителей медицинской услуги, механизмы определения и оценки их запросов и проводить конкретные мероприятия по повышению качества медицинского обслуживания населения. К тому же обращение внимания на отношение пациентов к предоставляемым им услугам окажет влияние на разработку более качественных показателей деятельности медперсонала.

## **3.3. Рекомендации для определения показателей эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений для назначения стимулирующих выплат**

В рамках проведенного исследования было установлено, что при назначении стимулирующих выплат количественные показатели деятельности не являются эффективными. В то же время качественные показатели могут оказаться излишне абстрактными, что не позволит адекватно определить результативность деятельности. К тому же наличие большое количества различных показателей также не является эффективным в силу того, что, во-первых, существуют некоторые сложности в их разработке, так как должны в той или иной мере учитывать специфику определенной должности и, соответственно, по каждой должности разрабатываться отдельно, во-вторых, как следствие, это повлечет за собой увеличение объема бюрократической нагрузки, и в-третьих, трудно оценить именно качество работы сотрудников медицинских учреждений, что даже может повлечь за собой возникновение дополнительных затрат на различные необходимые проверки. В связи с этим можно предложить введение унифицированных показателей для всех категорий сотрудников в одном учреждении при минимальном их количестве. Данные рекомендации по установлению показателей и критериев эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений основаны на мнении экспертов.

Таблица 1.Показатели и критерии эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Показатель | Критерии | Оценка (баллы) |
| 1 | Выполнение госзаказа (плана посещаемости) | Свыше 95% | 3 |
| На 85 – 95% | 2 |
| На 70 – 85% | 1 |
| Менее 70% | 0 |
| 2 | Средняя удовлетворенность потребителей медицинских услуг | Полностью удовлетворены | 3 |
| Удовлетворены | 2 |
| Настроены нейтрально | 1 |
| Не удовлетворены | 0 |
| (3) | Обоснованные жалобы и претензии пациентов | Отсутствие | 1 |
| Наличие | 0 |
| (4) | Факты нарушений, выявленных в ходе плановых проверок | Отсутствие | 1 |
| Наличие | 0 |

В вышеприведенной таблице предложены показатели и критерии эффективности деятельности работников медицинских организаций. Фактически, первые два показателя являются достаточными, однако первый из них не отражает реальное качество оказываемой медицинской помощи. Выполнение госзаказа или регламентированного плана посещаемости является немаловажным, но количественным показателем, поэтому невозможно с точностью говорить о том, что всем обслуженным (в соответствии с планом посещаемости) пациентам была оказана надлежащая медицинская помощь. Так как количество принятых посетителей за определенный период может варьироваться в некоторых пределах по вполне обоснованным причинам, не следует ставить строгие рамки получения или неполучения баллов. Поэтому была разработана шкала, указывающая процент выполненного госзаказа, на основании которой и должны начисляться баллы. Так, работник не получает стимулирующих выплат по данной графе в случае, если выполняет менее 70% от поставленного плана. В то же время он получает максимум 3 балла, если выполняет свою работу на 95% и выше. Неверным будет назначение большего количества баллов сотрудникам, выполняющим план на 100% или даже перевыполняющим его, так как в таком случае в «погоне» за баллами существует вероятность недобросовестного исполнения специалистами своих должностных обязанностей.

Для контроля качества оказываемых медицинских услуг существует необходимость введения второго показателя, и также дополнения его третьим и четвертым. Предполагается, что средняя удовлетворенность потребителей медицинских услуг будет отражать их качество конкретно по каждому специалисту. То есть пациенту после приема у врача или при выписке из больницы будет предложено заполнить небольшую анкету. Как описывалась ранее, анкета должна содержать шкалу удовлетворенности, в которой каждому ответу будет соответствовать определенная цифра (таблица 2). Далее необходимо будет высчитать среднюю удовлетворенность качеством оказываемых услуг за отчетный период (месяц) путем сложения всех поученных оценок и деления их на количество пациентов, заполнивших анкету, соотнести полученное число со шкалой и назначить соответствующие оценке баллы.

Таблица 2. Шкала удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Шкала удовлетворенности** | **Первоначальный балл** | **Средний балл** |
| Полностью удовлетворен | 4 | выше 3 |
| Удовлетворен | 3 | от 2 до 3 |
| Настроен нейтрально | 2 | от 1 до 2 |
| Не удовлетворен | 1 | ниже 1 |
| Полностью удовлетворен | 0 |  –  |

Третьим показателем в таблице 1 является наличие или отсутствие обоснованных жалоб и претензий от пациентов. Существование хотя бы одной такой жалобы лишает сотрудника стимулирующих выплат согласно этому пункту. Важно отметить, что учитываться должны только обоснованные жалобы, что требует более тщательной проверки их руководством. В случае, если на одного работника приходит большое количество жалоб или претензий за один отчетный период (к примеру, более 5 за один месяц), в качестве штрафной санкции можно лишить его стимулирующих выплат по второму пункту, то есть автоматически считать, что в среднем все пациенты не удовлетворены оказанным обслуживанием, а в дальнейшем это послужит поводом задуматься о компетентности данного сотрудника, если подобные ситуации будут продолжать повторяться. К слову, согласно эффективному контракту как таковые штрафные санкции рекомендуется не вводить, то есть должностной оклад сотрудника не может быть меньше положенного, однако здесь под ними вполне может пониматься неполучение стимулирующих выплат по тому или иному показателю при наличии веской причины.

Последним рекомендуемым показателем эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений является отсутствие или наличие фактов нарушений, выявленных в ходе плановых проверок. По такому же принципу, как и в предыдущем случае, при обнаружении хотя бы одного факта нарушения сотрудник лишается начисления стимулирующих выплат. Нарушений может быть множество и различного характера, поэтому в принципе данный пункт можно разбить еще на несколько показателей и, соответственно, ввести более дифференцированную систему баллов. Например, отдельно можно отмечать:

* факты несоблюдения санитарно-эпидемиологического режима (в том числе факты гнойно-воспалительных заболеваний, возникших после инвазивных вмешательств, а также факты положительных результатов бактериологического контроля качества стерилизации инструментария);
* факты нарушения правил хранения, использования и учёта лекарственных препаратов;
* факты несвоевременного оказания доврачебной помощи
* факты выхода из строя медицинского оборудования по причине неправильной эксплуатации.
* соблюдение требований, предъявляемых к ведению утвержденных форм медицинской документации и т.д.

Контроль и выявление подобных нарушений осуществляется посредством проверок, которые могут как внутренними, так и внешними, проводимыми государственными органами или представителями организаций обязательного медицинского страхования.

Таким образом, представленная таблица показателей применима практически к любой должности, при этом за счет наличия достаточного количества критериев позволяет дифференцировать размер стимулирующих выплат сотрудников согласно результатам их деятельности и качеству оказываемых услуг.

Итак, в качестве основных рекомендаций к определению показателей эффективности деятельности работников медицинских учреждений можно выделить следующие:

1. Показатели должны быть выполнимыми, понятными для сотрудников учреждения и не допускать двойного толкования;
2. Они должны отражать как качественную составляющую работы, так и количественную;
3. Следует устанавливать такие качественные показатели, контроль исполнения которых не вызовет сложностей в ходе проверок;
4. Количественные показатели должны быть конкретными и построенными с учетом специфики той или иной должности;
5. Система показателей не должна быть громоздкой и по возможности следует создавать ее единой во всем учреждении, так как нет необходимости в наличии большого количества показателей.

Обоснованием создания вышеизложенных рекомендация является мнение экспертов, столкнувшихся с проблемами, связанными с созданием и внедрением показателей, на практике. Стоит отметить, что излишне большое количество показателей эффективности деятельности усложняет не только работу самих сотрудников, но и управленческого персонала, ответственного за их разработку, присвоение и подсчет баллов согласно эффективному контракту.

Несомненно, основным показателем эффективности деятельности медицинских работников должна оставаться удовлетворенность пациентов, однако она должна использоваться в совокупности с количественными показателями, как, например, выполнение плана посещаемости и др. Также вне зависимости от того, какие показатели будут внедряться в той или иной организации, необходима индивидуальная информационная работа с каждым работником, а также стремление к созданию более прозрачной системы выплат в государственных учреждениях.

## **Выводы**

В данной главе приведен анализ результатов глубинных интервью, на основании которого в последствии были созданы рекомендации для определения показателей эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений.

Среди положительных сторон введения эффективного контракта на практике можно выделить появление прозрачной системы стимулирующих выплат и понятную систему критериев. Однако исследования показали, что большинству сотрудников непонятен механизм начисления баллов и распределения стимулирующих выплат согласно эффективному контракту. Они также выразили свое недовольство тем, что на практике такой механизм оплаты по результатам не работает. К тому же в настоящий момент система выплат в государственных учреждениях настолько непрозрачна, что многие сотрудники считают, что результаты их трудовой деятельности вовсе не учитываются руководством. Помимо рядовых сотрудников глубинные интервью проводились также и с заведующими поликлиник. Среди отрицательных сторон эффективного контракта экспертами было отмечено недостаточное финансирование и, как следствие, слабая мотивационная составляющая эффективного контракта. С этим связана следующая проблема – это изменчивость стоимости одного балла. После внедрения эффективного контракта увеличилась бюрократическая нагрузка на сотрудников. К тому же, например, качество заполнения амбулаторных карт подлежит субъективной оценке руководителя, который может повлиять на распределения баллов, особенно учитывая уже ранее упомянутый недостаток финансирования в системе, что вызовет несправедливость оплаты труда. Еще одной существенной проблемой было обозначено большое количество рекомендуемых показателей и критериев для оценки деятельности работников.

Одними из основных показателей качества работы сотрудников являются удовлетворенность потребителей медицинских услуг и отсутствие претензий и жалоб. В связи с этим в настоящей главе были описаны процедура оценки удовлетворенности пациентов, а также этапы работы с претензиями и рекламациями. В результате, предполагается, что будут сформированы отчеты, содержащие информацию о средней удовлетворенности пациентов по различным критериям. Использование данных процедур позволит оценить структуру потребителей медицинской услуги, определить их запросы и проводить конкретные мероприятия по повышению качества медицинского обслуживания.

В качестве основных результатов исследования были разработаны рекомендации для определения показателей эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений для назначения стимулирующих выплат, обоснованием создания которых являлись полученные ранее мнения экспертов. Также была разработан конкретный пример унифицированных показателей и критериев для введения в организации. В приведенных рекомендациях отмечается, что показатели должны быть понятными и выполнимыми, отражать как качественную составляющую работы, так и количественную, к тому же сама система показателей не должна быть тяжеловесной.

# **Заключение**

В результате проведенного исследования относительно внедрения эффективных контрактов в российскую систему здравоохранения можно сделать следующие выводы.

Во-первых, существующая система оплаты труда обладает множеством недостатков. У сотрудников медицинских учреждений отсутствуют стимулы к качественному выполнению работы в рамках использования повременной оплаты труда. Также существует вероятность возникновения несправедливости оплаты, так как фактически результаты труда не учитываются, к тому же премирование зачастую осуществляется, исключительно полагаясь на субъективное мнение руководства. Финансирование медицинских учреждений не было увеличено, поэтому зарплаты медицинских работников остаются на стабильно низком уровне. В связи с этим возникает еще одна проблема – отток профессиональных кадров из бюджетных учреждений в частные клиники.

Характер труда медицинских сотрудников требует высокой степени самоотдачи, поэтому большую роль играет их мотивация. Помимо нематериальных стимулов (репутация врача, исполнение врачебного долга, а также установленных правил и норм), немаловажным является и материальное поощрение работников за качественное выполнение трудовых обязанностей.

Необходимо иметь ввиду, что система оплаты труда, основанная на эффективных трудовых контрактах, является лишь одним, однако немаловажным аспектом функционирования российской системы здравоохранения в целом. Поэтому для успешного внедрения подобных регулятивных механизмов работы нужно учитывать некоторые факторы, касающиеся структуры организации. Так, медицинские учреждения должны обладать четко регламентированной структурой и эффективным управленческим аппаратом. Они должны не только формально, но и фактически соответствовать законодательным требованиям и постоянно обновляющимся стандартам. Таким образом, для реорганизации системы оплаты труда сотрудников медицинского учреждения и введения эффективного контракта, в первую очередь, необходимо убедиться, что система управления и контроля здесь развита на достаточно высоком уровне.

Нормативно-правовой базой внедрения системы эффективного трудового контракта послужило множество нормативных актов, в частности Бюджетное послание Президента Российской Федерации от 29.06.2011 года о бюджетной политике в 2012 - 2014 годах стало основой создания такого механизма как «эффективный контракт». В действие эффективный контракт вводил Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. В 2012 году была утверждена Программа поэтапного совершенствования систем оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях, в которой было дано определение «эффективного контракта». Также этот нормативный акт подробно описывал различные направления деятельности по решению проблем, связанных с кадровым составом медицинский организаций. Таким образом, можно сказать, что процесс подготовки нормативной базы осуществлялся поэтапно и последовательно с учетом особенностей экономического развития в Российской Федерации и возможных трудностей, которые могут возникнуть в ходе реализации данной стратегии на практике.

В ходе исследования были рассмотрены механизмы распределения стимулирующих выплат и определения показателей деятельности и оплаты труда в бюджетных медицинских, а также выявлены основные проблемы внедрения эффективных трудовых контрактов. Среди них можно выделить недостаточную осведомленность медицинского персонала, каким образом будет измеряться эффективность их труда и повлечет ли данный механизм за собой изменения трудовых отношений. Немаловажными проблемами являются также информационная асимметрия и абстрактность существующих показателей, которые могут ввести сотрудника в заблуждение и тем самым создать почву для недоверия к данному нововведению. В силу того, что медицинские услуги относятся к доверительным благам, их качество практически невозможно адекватно измерить. К тому же необходимо учитывать бюрократизм в сфере здравоохранения, искоренить его не представляется возможным, однако необходимо сделать так, чтобы в приоритете у сотрудников было не ведение отчетности выгодным для себя способом, а, прежде всего, качественное обслуживание населения, обращающегося за помощью в медицинские учреждения. Так, немаловажную роль здесь играет мотивация персонала, которую можно повышать с помощью развития корпоративной этики и стимулирующих выплат.

Однако главной проблемой остается недостаточное финансирование проводимых реформ в бюджетных медицинских учреждениях. Фактически, после перехода на новую систему оплаты труда объемы финансирования государственных организаций остались на прежнем уровне, соответственно, и ожидаемого повышения зарплат медработников также не последовало. За счет имеющихся платных услуг также невозможно обеспечить распределение стимулирующих выплат сотрудникам в надлежащем объемы, так как получаемый с них доход обычно покрывает другие статьи расходов.

В целях повышения качества медицинского обслуживания была разработана система мониторинга удовлетворенности пациентов. Данная процедура призвана проконтролировать добросовестность исполнения медицинским персоналом своих обязанностей и достоверное заполнение различных форм требуемой отчетности. Для того чтобы обеспечить более продуктивную работу сотрудников медицинских учреждений, им будут положены либо дополнительные выплаты, либо штрафные санкции (в качестве неполучения стимулирующих выплат) в зависимости от характера и обоснованности отзывов пациентов.

На завершающем этапе работы были предложены рекомендации к определению показателей эффективности деятельности работников медицинских учреждений. Согласно их указаниям, система показателей должна быть простой и понятной в равной степени как руководителю, так и сотрудникам организации, не допускать двойного толкования, а сами показатели должны достоверно отражать качество оказываемых медицинских услуг. К тому же была разработана универсальная таблица показателей и критериев эффективности деятельности работников бюджетных медицинских учреждений. Она включает в себя такие аспекты, как степень выполнения госзаказа, средняя удовлетворенность потребителей медицинских услуг, а также обоснованные жалобы и претензии пациентов к работе медицинского персонала и факты нарушений, выявленные в ходе плановых проверок.

В целом можно сделать вывод, что создание такого инструмента как эффективный контракт действительно может способствовать повышению качества оказываемых медицинских услуг в нашей стране, однако в настоящее время существует ряд серьезных препятствий для его успешного функционирования. Прежде всего, к ним относится излишняя абстрактность показателей и критериев оценки деятельности медработников. К возможным путям решения данной проблемы можно причислить дальнейшее проведение работ по конкретизации показателей эффективности труда медицинских работников, а также своевременное и подробное информирование кадрового состава о механизмах функционирования эффективного контракта. Для мотивации деятельности работников необходимо использовать продуманную систему поощрений и санкций. Условия стимулирующих выплат должны быть понятны как работнику, так и работодателю и не допускать двойного толкования. Еще одной серьезной проблемой, препятствующей успешной реализации эффективных трудовых контрактов в российской сфере здравоохранения, можно назвать недостаточное финансирование бюджетных медицинских учреждений. Нехватка финансирования – весомый фактор, препятствующий успешному внедрению данного механизма, однако в условиях, соответствующих реалиям действительности современной России, не представляется возможным решить этот вопрос на уровне медицинской организации, так как доход от платных услуг составляет лишь малую часть от её бюджета, а финансирование за счет других источников в настоящее время является недостаточным. Поэтому отдельное внимание следует уделить практическому применению базовых нормативно-правовых актов, касающихся внедрения эффективного контракта в систему оплаты труда работников медицинских учреждений.

**Список** **литературы**

1. Баранов И. Н. Новый государственный менеджмент: эволюция теории и практики применения // Российский журнал менеджмента. 2012. Том 10. № 1. С. 51-64
2. Буянова А.В., Приженникова А.Н. Оплата труда. Учебное пособие. – М.: Изд-во "Проспект", 2016. – 76 с.
3. Бюджетное послание Президента Российской Федерации от 29.06.2011 года о бюджетной политике в 2012 - 2014 годах — Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_101905/
4. Бюджетное послание Президента Российской Федерации от 28.06.2012 о бюджетной политике в 2013 - 2015 годах — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_131836/
5. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении 2003. № 3.
6. Галинская Е.В., Иващенко А.А., Новиков Д.А. Модели и механизмы управления развитием персонала. – М.: ИПУРАН, 2005. – 68 с.
7. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2016 год // Российская газета - Федеральный выпуск №6868 (297) — Режим доступа: http://rg.ru/2015/12/31/zarplata-dok.html
8. Кадыров Ф. Н. Эффективный контракт в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. – С. 66-77.
9. Калабина Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2016. №1. – С. 120-128.
10. Князюк Н. Ф. Научно-методические основы повышения эффективности управления медицинскими организациями в современных условиях : автореф. дис. по медицине док. мед. наук 14.02.03
11. Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. — М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2009.
12. Литвинцева Г.П. Институциональная экономическая теория: Учебник. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2003.
13. Медицинский информационный портал zdrav.ru // URL: <https://www.zdrav.ru/>
14. Научный рецензируемый электронный журнал «Медицина» // URL: http://www.fsmj.ru/
15. Олейник А.Н. Институциональная экономика: Учеб. пособие для вузов по эконом. спец. — М.: Вопросы эконом.; ИНФРА-М, 2005.
16. Официальный сайт Профсоюза работников здравоохранения РФ // URL: <http://www.przrf.ru/>
17. Пашуто В. П. Организация, нормирование и оплата труда на предприятии: учебно-практическое пособие. — М.: КНОРУС, 2005. — 320 с.
18. Письмо Минздрава России № 11-9/10/2-7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015 (ред. от 25.04.2016) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_191128/
19. Приказ Минздрава РФ от 28.06.2013 г. № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_149332/
20. Приказ Минтруда РФ от 26.04.2013 г. № 167н «Об утверждении Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499019337>
21. Пчела Л.П. Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в учреждениях здравоохранения федерального подчинения: Дис. канд. тех. наук. Иваново, 2010. 257 с.
22. Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 г. № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» — Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_138313/
23. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» — Режим доступа: <https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140252/>
24. Сайт экспертно-аналитических материалов по проблемам экономики Economy Times // URL: economytimes.ru
25. Стародубов В. И. Кадыров Ф. Н. Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. – С. 6-15.
26. Стародубов В. И. Кадыров Ф. Н. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. – С. 6-15.
27. Ткач О. А. Качество медицинской помощи как объект оценки и управления // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. III междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.
28. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» — Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129344/>
29. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_107289/
30. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/>
31. Храпунова И.А., Фокин С.Г., Хизгияев В.И. Производственный контроль в ЛПУ и его роль в профилактике внутрибольничных инфекций // РЭТ-инфо № 4. 2006.
32. Шарипов С. В., Толстова Ю. В. Разработка и внедрение на основе международного стандарта ISO 9001:2000 // Система менеджмента качества — Питер, 2004. — 189 с.

# **Приложение 1**

**Результаты глубинных интервью, проводимых среди работников медицинского учреждения**

* 62 респондента
* Сотрудники ГБУЗ НСО Государственной Новосибирской областной клинической больницы
* Период проведения: 4.04.16 – 8.04.16

**Вопросы:**

1. Знаете ли Вы, что такое «эффективный контракт»? (При отрицательном ответе давалось определение вышеупомянутому термину и спрашивалось, знакомы ли они с подобным инструментом)
2. Понятен ли механизм назначения стимулирующих выплат согласно «эффективному контракту»?
3. Как Вы считаете, работает ли на практике такой механизм выплат по результатам деятельности? С чем это связано?

Рисунок 2. Распределение медицинского персонала по возрасту в процентах к общему числу респондентов

# **Приложение 2**

**Вопросы для экспертов**

Тип учреждения здравоохранения (стационар, поликлиники и т.п.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регион\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Действует ли система эффективного контракта в вашем учреждении? С какого года?

2) Что изменилось после введения данной системы оплаты труда? Увеличилась ли оплата труда после введения эффективного контракта в вашем учреждении?

3) Какие вы видите положительные и отрицательные стороны введения системы эффективных контрактов?

4) Какие барьеры существуют на практике для успешного функционирования данной системы?

5) В настоящее время каким образом определяются показатели деятельности и оплаты труда на основе эффективных контрактов в вашем учреждении?

6) Что можно было бы улучшить в данной системе? Ваши рекомендации?

1. Калабина Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2016. №1. – С. 125-126. [↑](#footnote-ref-1)
2. Калабина Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2016. №1. – С. 123-124. [↑](#footnote-ref-2)
3. Храпунова И.А., Фокин С.Г., Хизгияев В.И. Производственный контроль в ЛПУ и его роль в профилактике внутрибольничных инфекций // РЭТ-инфо № 4. 2006. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ткач О. А. Качество медицинской помощи как объект оценки и управления// III междунар. науч.-практ. конф. «Современная медицина: актуальные вопросы» – Новосибирск: СибАК, 2012. [↑](#footnote-ref-4)
5. Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 г. № 2190-р Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы — Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_138313/ [↑](#footnote-ref-5)
6. Баранов И. Н. Новый государственный менеджмент: эволюция теории и практики применения // Российский журнал менеджмента. 2012. Том 10. № 1. С. 53 [↑](#footnote-ref-6)
7. Бюджетное послание Президента Российской Федерации от 29.06.2011 года о бюджетной политике в 2012 - 2014 годах — Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_101905/ [↑](#footnote-ref-7)
8. Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 г. № 2190-р Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы — Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_138313/ [↑](#footnote-ref-8)
9. Бюджетное послание Президента Российской Федерации от 28.06.2012 о бюджетной политике в 2013-2015 годах — Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_131836/ [↑](#footnote-ref-9)
10. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 г. № 2599-р Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» — Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_140252/ [↑](#footnote-ref-10)
11. Письмо Минздрава России № 11-9/10/2-7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015 (ред. от 25.04.2016) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_191128/ [↑](#footnote-ref-11)
12. Приказ Минздрава РФ от 28.06.2013 г. № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_149332/ [↑](#footnote-ref-12)
13. Приказ Минтруда РФ от 26.04.2013 г. № 167н Об утверждении Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта — Режим доступа: http://docs.cntd.ru/document/499019337 [↑](#footnote-ref-13)