

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи

Кучиц Сергей Сергеевич

**Роль эффективного контракта в повышении качества предоставляемых
медицинских услуг в государственном учреждении здравоохранения**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Гриднев Олег Владимирович

Москва - 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
1.1. Особенности трудовой мотивации сотрудников медицинских организаций в современных условиях	14
1.2. Эффективный контракт как способ повышения качества деятельности медицинской организации: основные понятия	20
1.3. Российская и зарубежная практика внедрения (применения) эффективных контрактов в деятельность медицинских организаций	27
1.4. Проблемы и перспективы внедрения эффективных контрактов в России	37
1.5. Организационно-правовые и методические основы внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации	39
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	45
2.1. Характеристика базы проведения исследования	46
2.2. Программа, этапы, объем, методы и организация исследований	49
2.3. Обоснование целей, методов и инструментов анализа деятельности многопрофильных медицинских организаций	59
ГЛАВА 3. ПРЕДПОСЫЛКИ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	63
3.1. Анализ лечебно-оздоровительной и финансовой деятельности медицинских организаций	66
3.2. Оценка эффективности организации труда медицинского персонала	72
3.3. Влияние эффективного контракта на качество медицинской помощи	76
ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА ОСНОВНЫХ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОЛОЖЕНИЙ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	83
4.1. Разработка основных положений эффективного контракта и механизма оценки эффективности трудовой деятельности	83

4.2. Разработка критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников при внедрении эффективного контракта, на уровнях организации трудовой деятельности в медицинской организации: «сотрудник» – «подразделение» – «служба» (филиал) – «организация»	91
4.3. Основные элементы эффективного контракта, разработанные для внедрения в медицинской организации	97
ГЛАВА 5. РАЗРАБОТКА МЕХАНИЗМА ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	111
5.1. Механизм перехода к эффективному контракту медицинской организации с использованием инструментов трудовой мотивации сотрудников	111
5.2. Результаты социологических исследований, проведенных среди медицинских работников по вопросам трудовой мотивации и среди пациентов по вопросам удовлетворенности медицинской помощью	117
ГЛАВА 6. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАТА И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЕГО РЕАЛИЗАЦИИ	141
6.1. Анализ результатов внедрения эффективного контракта	141
6.2. Предложения по совершенствованию реализации эффективного контракта	172
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	177
ВЫВОДЫ	187
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	191
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	193
Приложение 1	220
Приложение 2	221
Приложение 3	222
Приложение 4	223
Приложение 5	224
Приложение 6	225
Приложение 7	230
Приложение 8	232
Приложение 9	251

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р, одним из приоритетов государственной политики является повышение доступности и качества медицинской помощи с целью сохранения и укрепления здоровья населения.

В Стратегии развития здравоохранения РФ до 2025 года отмечено, что неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи, входит в число наиболее значимых вызовов национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан. Исходя из этого, создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи, является одной из основных задач развития здравоохранения в РФ до 2025 года [177].

Создание конкурентной среды в сфере оказания медицинских услуг населению требует ориентации на пациента, а также развития ресурсной базы медицинских организаций, повышения эффективности управленческих механизмов, повышения квалификации медицинских работников и мотивирования их к качественному труду. Все вышеперечисленное является трендом последних лет развития системы здравоохранения Российской Федерации и диктует ряд практических задач для решения. В частности, одна из актуальнейших проблем — формирование системы оплаты труда медицинскому персоналу на основе эффективного контракта и развитие системы мотивации медицинских работников к оказанию качественной медицинской помощи (Гриднев О.В., 2014; Линденбратен А.Л., 2016; Белостоцкий А. В., 2017; Кадыров Ф.Н., 2017; Проклова Т.Н., Карпова А.Б., Тельнова Е.А., 2017; Глазкова Е.И., 2019).

Опыт зарубежных стран (США, Великобритания, Китай, Южная Корея) показывает, что реализация программ, направленных на внедрение принципа оплаты труда по результатам деятельности в национальные

системы здравоохранения, позволяет достичь значительных результатов по следующим параметрам: повышение качества обслуживания пациентов, обеспечение эффективного расходования ресурсов медицинскими организациями, повышение удовлетворенности персонала выбранными механизмами мотивации и увеличение охвата населения медицинской помощью и услугами (Buchbinder S., 2007; Lambrou P., Kontodimopoulos N., Niakas D., 2010; Mazen J., 2011; Adinolfi P., 2017; Charalambous M., 2017; Dick E.Z., 2017).

Реформы по изменению подходов к мотивации персонала, инициированные Правительством РФ в последние годы, затронули в том числе и сферу здравоохранения. Наметившийся рост затрат на оплату труда в совокупной структуре расходов организаций системы здравоохранения требует изменения подходов бережливому расходованию денежных средств для рациональной мотивации медицинских работников (Путин В.В., 2012; Стародубов В.И., 2017; Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., 2014; Скворцова В.И., 2017; Слепцова Е.В., 2019).

В нормативно-правовых документах РФ система оплаты труда по результатам фигурирует под названием «эффективный контракт». С момента утверждения нормативных документов, регулирующих лишь отдельные его аспекты, эффективный контракт начал внедряться в государственных медицинских организациях, сталкиваясь с рядом проблем и демонстрируя неодинаковую результативность (Кадыров Ф.Н., 2013; Габуева Л.А., 2014; Поволоцкая Н.В., 2015; Калабина Е.Г., 2016; Ревина С.Н., 2017).

Обсуждение нюансов нормативно-правовой документации, регулирующей нормы оплаты труда медицинских работников, отдельных вопросов мотивации и регулирования заработной платы медицинского персонала достаточно широко обсуждаются в научной литературе, однако проблемам внедрения эффективного контракта в практическую деятельность медицинской организации посвящены лишь единичные публикации (Шишкин С.В., Темницкий А.Л., Чирикова А.Е., 2013; Лапина Т.А.,

Зательмаер Е.И., 2015; Линденбратен А.Л., 2016; Стародубов В.И., 2017; Кадыров Ф.Н., 2017; Сахно Н.Н., 2019 и др.).

Таким образом, разработка теоретических, методических и практических подходов к внедрению эффективного контракта в практическую деятельность медицинской организации и его интеграция в современную систему управления объектами здравоохранения является актуальной проблемой современного этапа развития здравоохранения РФ. При этом, в разработке методических рекомендаций по применению эффективного контракта следует учитывать вопросы взаимодействия клинических, параклинических подразделений и прочих служб медицинской организации, их иерархию и особенности функционирования, проводить стандартизацию работы медицинского персонала.

Степень разработанности темы исследования

Проблема внедрения эффективного контракта, оценка роли его внедрения в деятельность медицинской организации и влияния на качество предоставляемых медицинских услуг, в том числе в государственных медицинских организациях, находят все большее отражение в публикациях авторов.

Так, общие вопросы эффективного контракта, принципы его внедрения затрагивались в работах А.Р. Андреевой, С.А. Поповой, Н.В. Родиной (2014); М.В. Токмовцевой, С.Н. Литвиновой (2015); М.А. Боровской, М.А. Масыча, И.К. Шевченко (2013); П.Н. Клюкина, В.Н. Галузо, Н.А. Канафина (2016) и др. Между тем, эффективный контракт не может быть внедрен в общем виде, поскольку методические основы его внедрения нуждаются в глубокой адаптации к особенностям функционирования каждой медицинской организации, поскольку система мотивации медицинских работников должна определяться особенностями внутренних трудовых процессов медицинской организации. Данные исследования дают толчок для развития деталей практического применения новой системы мотивации медицинского персонала.

Характеризуя степень разработанности темы исследования, стоит выделить труды, имеющие прямое отношение к эффективному контракту, в том числе и те, в которых затрагиваются проблемы стимулирования и мотивации персонала медицинских организаций (Афонин Ю.А., 2012; Богачева Е.В., 2012; Илюхина Л.А., 2014; Колосницына М.Г., 2010; Саблина Т.А., 2011 и др.). В этой группе исследований рассматриваются следующие стороны эффективного контракта: проблемы мотивации медицинского персонала, способы ее мотивации, взаимосвязь традиционных и новых способов мотивации медицинского персонала, вопросы результативности внедрения эффективного контракта. Данные работы направлены на развитие теоретических вопросов внедрения эффективного контракта, что диктует потребность в комплексном подходе при формировании основ регулирования норм труда в эффективном контракте.

Также отдельные вопросы реализации эффективного контракта в медицинских организациях нашли отражение в трудах А.А. Бойкова, И.П. Николаевой (2013); Л.А. Габуевой, Э.В. Зиминной (2015); В. Исламутдинова (2014); Ф.Н. Кадырова (2013, 2015); Е.Г. Калабиной (2016); А.Л. Линденбратен (2015) и др. В данных исследованиях проводится анализ организационной стороны внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций, психологических аспектов взаимодействия с медицинским персоналом при переходе на систему оплаты труда и правовой стороны регулирования норм труда по эффективному контракту и подготовки локальных нормативных актов для его внедрения в деятельность медицинской организации.

Вышеперечисленные работы позволяют сформировать базис для нового исследования с развитием комплексного практикоориентированного подхода к оценке системы оплаты труда по эффективному контракту в медицинских организациях, а также создают предпосылки для дальнейших научных исследований по вопросам рациональной мотивации медицинских работников и повышению качества медицинских услуг.

Таким образом, актуальность настоящего исследования подтверждается многочисленными работами в России и за рубежом по технологиям внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации и подчеркивает необходимость комплексного подхода и практического применения результатов вышеперечисленных исследований.

Цель исследования: обосновать научно-организационные подходы к внедрению эффективного контракта в медицинских организациях.

Задачи исследования

1. Изучить особенности трудовой мотивации медицинских работников в современных условиях и определить проблемы требующие решения.
2. Изучить нормативную правовую базу внедрения системы эффективного контракта в целях повышения качества медицинской помощи.
3. Разработать механизм и основные критерии оценки трудовой деятельности медицинских работников, основных положений эффективного контракта.
4. Изучить клинико-организационную и экономическую эффективность внедрения эффективного контракта для разных категорий медицинского персонала.
5. Провести медико-социологическое исследование влияния внедрения эффективного контракта на трудовую мотивацию и на качество оказываемых медицинских услуг в медицинских организациях (на примере ЗелАО г. Москвы).
6. Разработать предложения по совершенствованию внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций.

Научная новизна исследования

1. Проведен анализ современного состояния внедрения эффективного контракта в деятельности медицинских организаций: разработаны

методические основы внедрения эффективного контракта, рассмотрено состояние нормативной подготовки внедрения эффективного контракта, опыт российских регионов и медицинских организаций в части внедрения эффективного контракта, зарубежный опыт формулирования задач внедрения эффективного контракта. Установлено, что отсутствие унифицированных подходов внедрения эффективного контракта осложняет задачу повышения качества оказания медицинских услуг и результативности деятельности медицинских организаций.

2. Выделены основные группы проблем реализации эффективного контракта федерального, регионального, ведомственного значения и уровня функционирования медицинских организаций. Одной из основных проблем, характерных для большинства медицинских организаций является сложность подготовки медицинского персонала к переходу на новую систему стимулирования труда, основанную на эффективном контракте.

3. Разработаны подходы к внедрению эффективного контракта в деятельность медицинской организации, включающие в себя организационно-правовые положения внедрения эффективного контракта, схему действий субъектов, ответственных за его внедрение, рекомендации по разработке критериев эффективности трудовой деятельности медицинских работников.

4. Установлено позитивное влияние внедрения эффективного контракта на удовлетворенность разных категорий медицинского персонала условиями труда и удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и оказываемых медицинских услуг.

5. Установлен ряд высоких прямых и обратных корреляционных зависимостей между результатами внедрения эффективного контракта и основными показателями деятельности медицинской организации.

Теоретическая и практическая значимость работы

Проблемы и перспективы реализации эффективного контракта в системе здравоохранения РФ, отраженные в нормативно-правовой

документации, научных исследованиях позволяют обосновать теоретическую и практическую значимость исследования.

В рамках исследования будут предложены этапы внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации, будут обоснованы основные методические положения эффективного контракта и критерии оценки эффективности трудовой деятельности медицинских работников. Также, будут предложены критерии оценки эффективности трудовой деятельности медицинского персонала и основные модули концепта положений эффективного контракта для медицинского персонала в многопрофильном стационаре с поликлиническим отделением.

Результаты исследования позволят предложить к внедрению на уровне медицинских организаций г. Москвы:

- подходы к формированию на региональном уровне современной методики медико-технической политики по мотивации и оценке трудовой деятельности медицинских работников;
- дополнительные индикаторы и критерии оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью, направленные на оценку результативности мотивационной политики;
- этапы подготовки и внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации;
- подходы к формированию критериев оценки эффективности деятельности медицинских работников как основа положений эффективного контракта.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Эффективный контракт является действенным способом повышения качества предоставляемых медицинских услуг и качества оказываемой медицинской помощи при условии корректного внедрения данного механизма, соблюдения этапности его внедрения, оповещения и информирования медицинского персонала, применения обоснованных методик оценки персонала различных категорий, использования

обоснованных способов начисления стимулирующих выплат и корректных, адаптированных к деятельности конкретной медицинской организации, критериев и показателей эффективности оказания медицинских услуг, использования результатов мониторинга и контроля эффективности работы медицинского персонала в деятельности медицинской организации.

2. Разработанные подходы к формированию эффективного контракта и критерии оценки деятельности различных категорий медицинского персонала позволяют усилить мотивацию к качественному выполнению функциональных обязанностей и достижению ожидаемых результатов деятельности медицинской организации.

3. Внедрение предложенных положений эффективного контракта в государственные медицинские организации позволит повысить удовлетворенность потребителей оказанной медицинской помощью.

Степень достоверности результатов

Достоверность полученных в исследовании результатов подтверждается использованием широкого перечня информационных источников (статистические отчетные формы; данные о состоянии деятельности медицинских организаций в региональном разрезе; данные статистических сборников; результаты медико-социологического исследования в виде опроса медицинского персонала и пациентов), достаточным и обоснованным числом наблюдений, использованием современных методов исследования и статистической обработки данных.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования применяются в работе: ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского ДЗМ» (акт внедрения №23 от 11.02.2020), ГБУЗ «Городская поликлиника №201 ДЗМ» (акт внедрения №03-02/20 от 11.12.2019), ГБУЗ «Детская городская поликлиника №105 ДЗМ» (акт внедрения №1515 от 02.07.2020), ГБУЗ «Городская поликлиника №64 ДЗМ» (акт внедрения №2254 от 29.06.2020), ГБУЗ «Городская поликлиника №219 ДЗМ» (акт внедрения №1 от 29.06.2020).

Материалы и результаты исследования, а также практические рекомендации используются в учебном процессе в системе последипломной профессиональной подготовки специалистов в области управления здравоохранением на кафедре организации и управления в сфере обращения лекарственных средств института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (акт внедрения от 15.06.2020).

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследования обсуждены на конференциях:

- XVI Ассамблея «Здоровье Москвы», 2017 год, Россия, Москва;
- Международная научно-практическая конференция «Проблемы медицины в современных условиях», 2017 год, Россия, Казань;
- XVII Ассамблея «Здоровье Москвы», 2017 год, Россия, Москва;
- Первый национальный форум руководителей многопрофильных клиник, 2018 год, Россия, Московская область, д. Кострово;
- Первая международная конференция спортивной медицины в Ираке «Спорт во имя мира», 04 апреля 2019 года, Ирак, Багдад; (Summer Conferences of Sports Science. First International Conference in Iraq on Sport for Peace, 4 April 2019. Baghdad Science Institute, Baghdad, Iraq.);
- Всероссийская научно-практическая конференция «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее», 2019 год, Россия, Москва;
- XII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Медицина и качество», 2019 год, Россия, Москва;
- XVIII Ассамблея «Здоровая Москва, 2020 год, Россия, Москва;
- VIII международный конгресс «Оргздрав 2020. Эффективное управление в здравоохранении», 2020 год, Россия, Москва;
- Учебно-методическая конференция кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Института

профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 30 июня 2020 года, Россия, Москва.

Личный вклад автора в проведение исследования состоит в анализе отечественной и зарубежной литературы; изучении нормативных документов, регламентирующих вопросы реализации эффективного контракта; анализе широкого массива статистических данных; разработке программы исследования; формировании выборки медико-социального исследования; проведении анкетирования на основе разработанных анкет для медицинского персонала и пациентов; создании базы данных и ее обработки; исследовании медико-социальных особенностей реализации эффективного контракта; личное участие и апробация предложенной методики внедрения эффективного контракта; личное формулирование выводов и практических рекомендаций.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 3, 5 и 6 паспорта научной специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение.

Публикации

Основные положения диссертационного исследования опубликованы в 13 печатных работах, 4 из которых — в изданиях, рецензируемых ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, 2 — в зарубежных научных изданиях, индексируемых Scopus.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 252 страницах машинописного текста, включает введение, шесть глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список использованной литературы и приложений. Работа иллюстрирована 35 рисунками и 37 таблицами. Библиографический указатель содержит 258 источников, в том числе 205 отечественных и 53 иностранных авторов.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Особенности трудовой мотивации сотрудников медицинских организаций в современных условиях

Вопросы и проблемы трудовой мотивации работников организаций долгие годы изучаются, а результаты исследований издаются в различных публикациях. При этом в литературе существенно более выраженные акценты делаются на изучении вопросов трудовой мотивации в коммерческих организациях и экономических аспектах данной проблематики [13, 35, 39, 94, 98, 118, 120, 123, 197, 201].

Кроме того, понятие «мотивации труда» в отношении процессов эффективного управления персоналом в нашей стране появилось относительно недавно в связи с либерализацией отношений практически во всех сферах деятельности. Долгие годы (в основном в советский период), понятие «трудовой мотивации» использовалось в большей степени в педагогической, психологической, философской и социологической науках [69, 70, 84, 102, 175, 200, 203].

В меньшей степени изучены проблемы управления персоналом и трудовой мотивации работников в государственных или социально-ориентированных организациях, к которым относятся и медицинские организации.

Сегодня это понятие и его практическое наполнение, в том числе с контекстом обеспечения не только социальной, но и экономической результативности, распространяются и в социально-ориентированные сферы деятельности.

Понятие «трудовая мотивация» трактуется авторами в различных вариациях [87, 179]:

- как побуждение человека к действию для достижения тех или иных целей (личных и целей организации);
- процесс побуждения человека, основанный на использовании внутриличностных и внешних факторов, направленный на достижение индивидуальных и общих целей;
- основной элемент самосознания работника, который определяет его отношение и поведение в ходе осуществления трудовой деятельности;
- совокупность внешних и внутренних сил (мотивов), побуждающих человека к деятельности для достижения поставленных целей.

Таким образом, являясь социально-психологической категорией, трудовая мотивация оказывает решающее влияние на конечные результаты деятельности организаций — коммерческих и социально-ориентированных.

Несмотря на относительно слабую проработанность проблем мотивации труда медицинских работников, в последние годы среди специалистов повышается интерес к данной области исследований, что находит отражение в соответствующих публикациях [10, 11, 16, 21, 28, 43, 58, 78, 93, 149, 151, 170].

Особое значение для теории и практики приобретает исследование вопросов выбора эффективных механизмов мотивации персонала в социально значимых организациях, система управления кадрами в которых отличается от прочих организаций. В этом смысле особенно выделяются медицинские организации государственной и частной форм собственности. Всю совокупность стимулов для персонала в деятельности медицинских организаций классифицируют в зависимости от направленности и характера проявления на внешние и внутренние, эксплицитные и имплицитные [70–72].

Каждая из классификационных групп стимулов имеет свои особенности, обусловленные их сущностью, а также достоинства и недостатки, которые учитываются государственными и частными медицинскими организациями в их деятельности. В Приложении 1 представлены содержание, а также достоинства и недостатки стимулов медицинского персонала.

В современных условиях одним из основных вопросов при выборе стимулов для персонала медицинских организаций становится формирование оптимальной системы оплаты труда, в том числе определение уровня и формы оплаты труда. В самом общем виде используются две базовые системы оплаты труда:

- сдельная, когда размер оплаты формируется на основе оказанного объема услуг;
- повременная, привязанная к отработанным часам работника.

Как показывает практика деятельности медицинских организаций, работник, как правило, стремится снизить уровень или качество своей трудовой активности без ущерба для уровня оплаты труда вне зависимости от выбранной формы его стимулирования. Однако частные мотивы работников не соответствуют задачам функционирования медицинской организации. Таким образом, в «чистом» виде базовые подходы стимулирования труда медицинского персонала, как правило, неэффективны, требуют модификации в соответствии со множеством условий.

Долгие годы основные методы оплаты труда медицинских работников в различных странах мира были реализованы в виде предоставления гонорара за оказанную услугу (fee for service), когда механизм основан на сдельной оплате труда, и/или зарплаты (salary) — механизм основан на повременной оплате труда [70]. Однако данные методы не зарекомендовали себя в виду некоторых недостатков. К примеру, гонорарный метод приводит к злоупотреблениям врачей (завышению объемов оказанной помощи), нерациональному использованию ресурсов медицинской организации, сложностям определения вклада конкретного врача в лечение больного [71, 241]. Основным недостатком зарплатного метода, основанного на повременной форме оплаты труда, является минимальная заинтересованность врача в качественном оказании медицинской помощи.

В связи с этим, в последние годы обозначилось стремление субъектов управления медицинскими организациями внедрять модифицированные механизмы мотивации для минимизации издержек и повышения

эффективности работы. Так, одним из наиболее популярных вариантов становится оплата услуг в пересчете на каждого прикрепленного к медицинскому работнику пациента (capitation fee) — по сути это модифицированный метод «гонораров», когда результативность и оплата труда медицинского работника привязываются к числу обслуженных пациентов. Метод также имеет свои недостатки, связанные с риском оказания недостаточного объема медицинской помощи пациенту, необходимость постоянного контроля за качеством оказываемых услуг. Помимо этого, создаются условия для стремления обслуживания врачами только здоровых пациентов, чтобы снизить затраты времени и сил на получение того же дохода [70].

Трудовая мотивация работников медицинских организаций все годы новейшей истории России была одним из проблемных аспектов социально-экономического развития государства. Лежащие в основе трудовой мотивации работников медицинских организаций принципы множество раз пересматривались, что находило выражение в законодательных и ведомственных нормативных актах, а также состоянии организационного и правового регулирования трудового аспекта системы здравоохранения. Так, начиная с 2012 года наблюдается тревожная тенденция, проявляющаяся в снижении численности врачей в абсолютном выражении на душу населения (Приложение 2) [192].

В последние годы происходит реформирование системы здравоохранения России, что проявляется как в негативных, так и положительных последствиях для вопросов мотивации труда медицинских работников. Один из позитивных факторов реформирования системы здравоохранения — последовательное повышение доходов медицинских кадров. Однако, повышение средних доходов медицинских кадров нередко сопряжено с сокращением неэффективного персонала. Кроме того, в большинстве субъектов РФ средняя заработная плата работников медицинских организаций не достигает уровня средней заработной платы по региону (Приложение 3) [45].

Как показывают результаты многочисленных исследований [4, 5, 38, 64, 113, 116, 182] низкая удовлетворенность персонала условиями организации труда и системой его мотивации, является одной из основных причин недостаточно высокой эффективности деятельности медицинских организаций.

В последние годы в российской системе здравоохранения наметились значимые перемены, которые оказывают существенное влияние на возможность выбора механизмов и способов мотивации труда медицинского персонала, особенно работающего в некоммерческих организациях.

Во-первых, следует отметить принятые или существенно скорректированные в последние годы важные программные и нормативные документы, определяющие приоритеты развития российской системы здравоохранения и устанавливающие правила регулирования деятельности медицинских организаций.

В числе наиболее важных программ, давших толчок к реформированию системы здравоохранения, необходимо прежде всего выделить принятый в 2005 году Национальный проект «Здоровье», одной из задач которого стало повышение оплаты труда медицинского персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь (врачей и медицинских сестер) [107, 112].

В дальнейшем была принята (в 2012 году) и обновлена (в 2014 году) Государственная программа «Развитие здравоохранения» [126], в рамках которой была предусмотрена подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». Данная подпрограмма была направлена на решение следующих задач в части организации управления персоналом медицинских организаций:

- снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения их оттока из государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- снижение дисбаланса в распределении медицинских кадров по видам и условиям оказания медицинской помощи;
- совершенствование системы подготовки медицинских кадров;

- повышение престижа профессии;
- развитие мер социальной поддержки медицинских кадров и др.

Во-вторых, произошли изменения, напрямую затронувшие вопросы мотивации медицинских работников. Так, в 2007 году была введена новая система оплаты труда в сфере здравоохранения — определены принципы оплаты труда в государственных медицинских организациях, что, однако, на фоне снижения численности среднего медицинского персонала не привело к повышению качества оказываемых услуг

Кроме того, в деятельности организаций системы здравоохранения, особенно государственных не искоренена и все еще сохраняется практика неформального стимулирования потребителями медицинских работников. Данный фактор зачастую снижает возможности эффективной мотивации труда медицинских работников.

Следует также отметить, что с 2011 года произошел отказ от бюджетно-сметного финансирования деятельности медицинских организаций, что также повлияло на доходы медицинских организаций и возможности мотивации трудового персонала.

Трудовая мотивация работников медицинских организаций сопряжена с наличием ряда особенностей, которые проявляются прежде всего в необходимости создания баланса между экономической стороной трудового соглашения, психологическими особенностями работника, его квалификацией и задачами организации — для обеспечения эффективной деятельности медицинской организации, высокого уровня удовлетворенности медицинского персонала и потребителей медицинских услуг.

Медицинские организации функционируют в сфере, которая характеризуется высоким уровнем законодательного регулирования, что также оказывает влияние на возможности создания эффективных механизмов стимулирования труда медицинских кадров.

В современных условиях, когда происходит реформирование системы здравоохранения, что напрямую затрагивает систему финансового

обеспечения медицинских организаций, вопросы стимулирования труда медицинских работников, возникает необходимость поиска путей эффективной организации управления персоналом на основе внедрения результативных способов мотивации их труда. Одним из таких способов в современных условиях, указываемых органами государственной власти как приоритетный, является система эффективного контракта.

1.2. Эффективный контракт как способ повышения качества деятельности медицинской организации: основные понятия

Понятие эффективного контракта все еще не закреплено в российском трудовом законодательстве. Трудовой кодекс РФ определяет понятие «трудового договора», под которым понимается «соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и данным соглашением, своевременно и в полном размере выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию в интересах, под управлением и контролем работодателя, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у данного работодателя» [175].

Понятие «эффективного контракта» раскрыто в Приказе Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 апреля 2013 года №167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» и раздела IV Программы: под эффективным контрактом понимается «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» [139].

Ф.Н. Кадыров (2015) называет сутью эффективного контракта «совершенствование системы оплаты труда для обеспечения стимулирования достижения лучших результатов» [56].

Кроме того, некоторые авторы полагают, что эффективный контракт является лишь способом конкретизации действующего, «классического» трудового договора [29, 37, 100, 179].

По мнению М.А. Боровской (2013), эффективный контракт есть инструмент реализации социально-трудовых отношений, действующий за рамками трудового договора и предусмотренных в организации выплат. Он не изменяет условий трудового договора, но может иметь расхождения в сроках действия, включать дополнительный социальный пакет и прочие индивидуальные условия [15].

Таким образом, содержание эффективного контракта в медицинских организациях подразумевает:

- во-первых, качественное совершенствование системы стимулирования труда медицинских кадров;
- во-вторых, значимое изменение существенных условий трудового договора медицинских кадров;
- в-третьих, наличие четких критериев осуществления профессиональной деятельности медицинских кадров, привязанных к качеству оказания медицинских услуг.

Таким образом, не отменяя правовую суть эффективного контракта, он представляет собой трудовой договор, мы можем назвать его модифицированным трудовым договором, содержание и основные положения которого направлены на формирование наиболее эффективных методов стимулирования оплаты труда работодателя и медицинского работника.

Рассматривая нормативно-правовую базу внедрения эффективного контракта, следует отметить, что еще в Бюджетном послании Президента Российской Федерации от 29.06.2011 года о бюджетной политике на 2012–2014 годы кроме прочего указывалось, что Правительство РФ в установленные сроки «...совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации должно представить предложения по повышению заработной платы медицинского персонала бюджетных учреждений дошкольного и общего образования, предусмотрев повышение заработной платы среднего медицинского персонала этих учреждений не менее, чем на 50 процентов» [17]. Данный правовой акт определял направления реформирования системы оплаты труда, заложив финансовую основу реализации реформ в области мотивации персонала государственных организаций.

Конкретизация повышения средней заработной платы медработников государственного сектора, впервые была озвучена в Указе Президента РФ от 07.05.2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», в котором предусматривалось «...повышение к 2018 году средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) — до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), — до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе» [176]. Последовавшие изменения объемов и системы оплаты труда медицинских работников потребовали разработки механизма реализации поставленной задачи.

Так, в Бюджетном послании Президента РФ от 28.06.2012 г. о бюджетной политике в 2013–2015 годах в целях повышения качества предоставляемых населению государственных и муниципальных услуг провозглашалась задача «...обеспечить практическую реализацию уже предусмотренного законодательством нового механизма финансирования государственных и муниципальных учреждений, а в самих учреждениях — обеспечить переход к "эффективному контракту", который должен четко определять условия оплаты труда и "социальный пакет" работника в зависимости от качества и количества выполняемой им работы» [17].

В Перечне поручений Президента РФ от 27.07.2012 г. по итогам совещания по реализации указов Президента РФ в сфере социальной политики, Правительству РФ была поставлена задача оценки потребности бюджетов регионов России и муниципалитетов в дополнительном финансировании для решения задач повышения заработной платы работникам бюджетных учреждений с учетом мероприятий по реструктуризации, включая применение механизма «эффективного контракта» [117].

В отдельных положениях Распоряжения 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» предусмотрены разработка и утверждение рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работниками при введении эффективного контракта и др. [144].

План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденный распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 года №2599-р. содержит целевые показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи и заработной платы медицинских работников, а также, основные целевые показатели здоровья населения и общий план мероприятий по реализации настоящей дорожной карты в период 2013–2018 годов.

Внедрение эффективного контракта в России основывается на официальных рекомендациях, установленных в соответствующих правовых актах. Тем не менее, такие направляющие документы требуют адаптации в условиях конкретных медицинских организаций.

Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 апреля 2013 г. №167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» установлены базовые рекомендации перехода к эффективному контракту в государственных и муниципальных учреждениях [139]. В документе сформулированы лишь общие рекомендации организационно-правового обеспечения перехода к эффективному контракту. В документе не сказано о конкретных механизмах перехода к эффективному контракту, не закреплены методические рекомендации по критериям эффективного контракта. Таким образом, документ может использоваться лишь как одно из методических оснований перехода к эффективному контракту и не дает исчерпывающих рекомендаций по внедрению рассматриваемого механизма в медицинских организациях.

В другом Приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 01.07.2013г. №287 «О методических рекомендациях по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений социального обслуживания населения, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» [137], даны рекомендации по рекомендуемому минимальному перечню показателей оценки государственных и муниципальных учреждений и минимальным критериям и показателям оценки работников таких организаций из числа основного персонала. Документ содержит балльные эквиваленты критериев оценки и их минимальный перечень. Данный документ также не удовлетворяет потребностям медицинских организаций и требует

существенных методических уточнений при внедрении эффективного контракта. В частности, приведенные в нем рекомендации не адаптированы к особенностям медицинских организаций, требуют глубокой переработки с учетом проблем мотивации медицинского персонала. Предлагаемые в правовом акте показатели в большей мере не могут быть применены к деятельности медицинских организаций.

Существенные уточнения показателей и критериев эффективности деятельности медицинских организаций и их персонала содержатся в Приказе Минздрава России от 28.06.2013 г. №421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» [131]. Документ включает рекомендуемые критерии оценки руководителей, заведующих отделениями, врачей некоторых специальностей, среднего и младшего медицинского персонала. Между тем, и данный документ не может считаться исчерпывающим как источник методических рекомендаций внедрения эффективного контракта. Медицинские организации отличаются системами оплаты труда, текущей удовлетворенностью персонала, финансовыми возможностями и рядом других условий, требующих учета при адаптации методических положений внедрения эффективного контракта. Вместе с тем, указанный Приказ, безусловно, может и должен быть в большей степени применен в деятельности медицинских организаций с теми или иными уточнениями.

Практическая необходимость разработки основных методических положений внедрения эффективного контракта обусловила появление исследований на эту тему в разных видах деятельности бюджетных организаций [16, 67, 74, 80,84, 86, 90, 100, 118,119, 153, 173, 188, 195].

В этих исследованиях затрагивались вопросы:

- оценки результативности внедрения эффективного контракта в государственных организациях [2, 68, 109, 120];
- содержание и предназначение новых подходов к мотивации персонала [20, 152];
- правовые вопросы внедрения эффективного контракта [48, 80];
- проблемы внедрения эффективного контракта, учитывающие специфику отдельных видов государственных организаций [74, 80, 84, 153, 173, 188, 193];
- организационные вопросы перехода на эффективный контракт [100].

В меньшей степени данная проблематика разработана в отношении сферы оказания медицинских услуг бюджетными учреждениями. Однако отдельные теоретические и практические аспекты внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций находят отражение в публикациях исследователей. Работы, посвященные проблематике внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций, можно разделить на следующие группы.

1. Публикации, в которых раскрываются общетеоретические аспекты внедрения эффективного контракта, его практическая значимость для медицинских организаций [11, 44, 57, 77, 119, 151, 185, 197].

2. Работы, в которых исследуются проблемы и основные практические особенности перевода медицинской организации к функционированию на основе эффективного контракта [52, 55, 123, 145, 147, 193].

3. Исследования, посвященные вопросам мотивации персонала, организации действенной системы стимулирования и оплаты труда медицинских кадров при внедрении эффективного контракта [12, 23, 24, 53, 84].

4. Публикации, в которых анализируются проблемы перевода медицинской организации на механизм эффективного контракта [166].

5. Работы, в которых раскрываются правовые и организационно-методические аспекты внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации [63, 118, 147, 181].

Анализ исследований, посвященных проблемам внедрения эффективного контракта, показал, что практически все исследования раскрывают лишь отдельные грани реализации нового подхода мотивации персонала медицинских организаций. Значительное внимание уделяется общим вопросам реализации эффективного контракта: обоснованию его значимости, перспективам реализации, возможным результатам для государственных учреждений в будущем. Вместе с тем, все еще отсутствует комплексное исследование процесса внедрения эффективного контракта, адаптированное к особенностям медицинских организаций.

1.3. Российская и зарубежная практика внедрения (применения) эффективных контрактов в деятельность медицинских организаций

«Эффективный контракт» (performance-related pay — система оплаты труда по результатам) как способ повышения эффективности оказания социально значимых услуг, долгое время используется в зарубежной практике, в том числе в медицинских организациях. Надо отметить, что используемое в России понятие «эффективный контракт» в зарубежной практике может употребляться в различных вариациях, что находит выражение в соответствующих государственных программах (Приложение 4) [244].

Опыт зарубежных стран в стимулировании труда работников системы здравоохранения весьма насыщен и формировался долгие годы. Эффективный контракт является действенным механизмом повышения мотивированности сотрудников медицинских организаций и повышения качества оказываемой медицинской помощи. Тем не менее, анализ публикаций зарубежных авторов позволяет сделать вывод, что результативность и восприятие программ стимулирования труда медицинских кадров не всегда однозначны.

Характеризуя результаты введения «эффективного контракта» в государственных медицинских организациях Китая, ряд авторов [234] отмечают, что изначально реформа системы здравоохранения в стране предполагала фиксацию бюджета государственных клиник, при этом медицинские организации должны были в большей степени полагаться на дополнительные доходы, чтобы снизить дефицитность финансирования. Для решения возникших проблем в системе здравоохранения Китая введен «эффективный контракт», направленный на повышение стимулов для предоставления медицинских услуг работниками сферы. Исследование авторов позволило сделать вывод, что «эффективный контракт» с течением времени внес существенный вклад в увеличение доходов государственных медицинских организаций и возмещение их расходов. Однако, введение эффективного контракта также столкнулось с проблемами, состоящими в оказании «ненужных» медицинских услуг или сбыте «ненужных» лекарственных средств пациентам в целях повышения прибыльности медицинских организаций.

Вместе с тем, в зарубежной теории и практике использования «эффективного контракта» авторами поднимается тема обеспечения баланса интересов между доходностью медицинских организаций и профессиональной этикой врачей. Так, Р. Abel, А. Esmail (2006), характеризуя опыт Великобритании (где «премиальная схема» была внедрена еще в 1948 году) во внедрении эффективного контракта, отмечают, что «...мотивы получения прибыли и появление идей предпринимательства у врачей формируют неверные стимулы в медицинской практике, которая по умолчанию ставит потребности пациента и профессиональную этику врачей превыше всего. Любое предположение, что дополнительные финансовые вознаграждения будут способствовать повышению качества оказываемых медицинских услуг, создают условия для конфликта интересов, в результате чего возможны ситуации, когда в ущерб интересам пациентов врачи ставят в приоритет финансовые результаты» [206].

Однако результаты двухлетнего исследования опыта использования системы стимулирования медицинских кадров в Италии Р. Adinolfi (1998) показали, что кроме позитивных результатов, данная практика ведет к негативному результату, состоящему в «переформатировании» ценностей работников медицинской сферы в пользу финансовых аспектов их деятельности [207].

Кроме того, некоторые зарубежные авторы, анализируя практику стимулирования труда медицинских работников отдельных специальностей, выделяют проблемы, связанные с разработкой эффективных критериев для отдельных специальностей медицинских кадров [217].

Реализация программ, направленных на внедрение принципа оплаты труда по результатам в системах здравоохранения зарубежных стран имела своей целью получение результативности в следующих проявлениях:

- повышение качества обслуживания пациентов (через формирование систем критериев и показателей в отношении медицинского персонала);
- обеспечение эффективного расходования ресурсов медицинскими организациями;
- повышение удовлетворенности персонала медицинских организаций выбранными механизмами мотивации;
- увеличение охвата населения стран медицинской помощью и услугами.

Так, результативность программ в значительной степени связана с их направленностью по областям оказания медицинских услуг (Приложение 5).

Поскольку механизм «эффективного контракта» в России появился и стал внедряться в деятельность учреждений здравоохранения относительно недолгое время, российскими медицинскими организациями накоплен небольшой опыт введения рассматриваемой системы мотивации в трудовую деятельность работников.

Как показывает российская практика введения эффективного контракта, в целях его правового обеспечения в регионах, федеральные нормативные акты могут дополняться региональными. К примеру, Приказом

Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия от 28.04.2014 г. №739 утверждены показатели и критерии эффективности деятельности работников государственных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Республики Карелия [133]. В соответствии с данным документом руководителям региональных государственных учреждений Республики Карелия рекомендовано:

- вносить, с учетом мнения представительного органа работников, изменения в локальные акты организаций, учитывающие показатели эффективности и критерии деятельности работников;
- проводить ежемесячную оценку деятельности работников медицинских организаций в целях установления стимулирующих выплат;
- распределять стимулирующие выплаты работникам государственных организаций по решению специально создаваемой комиссии с обязательным участием представительного органа работников медицинской организации.

Как показал опыт Республики Карелия за 2015 год, выплаты стимулирующего характера за качество выполняемых работ в общем фонде оплаты труда (без учета выплат компенсационного характера за работу в местностях с особыми климатическими условиями) в целом по всем категориям работников составили 17,3%, по врачам-специалистам — 24,2%, по среднему медицинскому персоналу — 19,6%, по младшему медицинскому персоналу — 8% [102].

Однако не всегда в региональных нормативных актах дается детальная разбивка критериев и показателей эффективности медицинских работников в соответствии с видением представителей ведомственных государственных структур субъекта РФ [135, 142].

В числе положительных результатов введения эффективных контрактов в практике российских регионов выделяются [102, 136]:

- актуализация и конкретизация должностных инструкций оказывает положительное влияние на понимание работниками своих функций, зависимостей размеров стимулирования от качества выполняемых работ;
- повышение прозрачности механизмов стимулирования работников, возможность самостоятельного понимания и влияния на свои доходы работниками;
- обеспечение соблюдения нормативных актов, регламентов оказания медицинской помощи;
- увеличения объемов выполнения заданий по оказанию медицинской помощи;
- улучшение дисциплины работников;
- появление возможности перераспределения фонда оплаты труда — его увеличения в соответствии с полученными результатами;
- повышение качества оформления документации;
- появление заинтересованности медицинских работников в проведении отдельных мероприятий (диспансеризация населения);
- снижение числа обоснованных жалоб населения на качество оказываемой помощи;
- стремление к повышению квалификации персоналом;
- создание благоприятного психологического климата в медицинской организации;
- повышение ответственности работников за обеспечение сохранности имущества организации и др.

Анализируя российский опыт внедрения эффективного контракта, стоит отметить, что выбор показателей эффективности может существенно разниться от региона к региону. Различаются также методики оценки и распределение весовых значений каждого отдельного показателя эффективности. Во многом это зависит от технических возможностей осуществления мониторинга реализации эффективного контракта в медицинских организациях. К примеру, в г. Москве на основании Приказа

Департамента здравоохранения г. Москвы от 1 августа 2016 г. №658 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.07.2015 №632» [129, 130] разработана и внедрена система показателей, направленная на оценку эффективности деятельности всего спектра медицинских организаций (детских и взрослых городских поликлиник, многопрофильных стационаров, психиатрических и наркологических стационаров, инфекционных и туберкулезных стационаров, хосписов и центров паллиативной медицины), и их руководителей, предусматривающая возможность оперативного контроля выполнения показателей на базе ресурсов единой информационной системы. Это обстоятельство следует учитывать при разработке и внедрении системы показателей эффективности в различных регионах — не каждая система здравоохранения субъекта РФ способна обеспечить качественный текущий контроль выполнения показателей в рамках эффективного контракта.

О значительной региональной дифференциации при организации системы внедрения эффективного контракта в России свидетельствуют и задачи, которые ставятся ведомственными организациями регионов в данном направлении. К примеру, в Ульяновской области основными задачами при разработке показателей эффективности и критериев оценки указаны:

- устранение необоснованной дифференциации в размерах оплаты труда руководителей и работников организаций;
- отмена стимулирующих выплат без их привязки к эффективности деятельности организации;
- определение оптимального соотношения гарантированной части заработной платы и стимулирующих надбавок работникам;
- формирование прозрачного механизма оплаты труда руководителей организаций;
- дифференциация оплаты труда работников, в зависимости от сложности их работы [143].

Отметим, что внедрение системы эффективного контракта предполагает увеличение расходов на здравоохранение, что в свою очередь, требует более ответственного подхода к использованию финансовых и материальных ресурсов организаций здравоохранения. К примеру, внедрение системы эффективного контракта в Ульяновской области ставит задачей к 2018 году «повышение средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в регионе, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) — до 100 процентов от средней заработной платы в Ульяновской области, среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) — до 100 процентов от средней заработной платы в регионе, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), — до 200 процентов от средней заработной платы в регионе» [127]. При этом для достижения поставленных задач требуется увеличение фонда оплаты труда медицинских организаций в регионе к 2018 году на 13,1 млрд. руб.

Внедрение эффективного контракта в деятельность медицинских организаций в регионах России сталкивается с проблемами во многом ввиду необходимости осуществления значительного объема подготовительных мер для решения данной задачи. К примеру, внедрение эффективного контракта в Свердловской области потребовало проведение следующих организационных мероприятий (приведенный перечень мер и задач можно назвать типичным и минимально необходимым, но не всегда специально оговариваемым в региональных нормативных актах):

- разработка целевых показателей эффективного контракта;
- утверждение целевых показателей эффективного контракта;
- завершение работы по заключению дополнительных соглашений к трудовым договорам;

- разработка методических рекомендаций по формированию показателей эффективности для организаций системы здравоохранения региона;
- разработка программного обеспечения с целью сбора целевых показателей эффективности;
- разработка и утверждение методических рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работниками;
- размещение методических рекомендаций по формированию показателей эффективности на сайте Министерства здравоохранения региона;
- проведение контрольных мероприятий по проверке реализации Указа Президента от 7 мая 2012 года №597;
- проведение обучающих мероприятий;
- мониторинг ситуации по внедрению эффективного контракта;
- создание рабочей группы для оценки результативности внедренных мер;
- разработка и утверждение целевых показателей эффективности структурных подразделений и сотрудников;
- внесение изменений в локальные акты медицинских организаций;
- проведение разъяснительных мероприятий в коллективах медицинских организаций;
- подготовка дополнительных соглашений;
- заключение дополнительных соглашений [136].

Оценивая российский опыт внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций, следует обратиться к результатам масштабных исследований медицинских работников, направленных на изучение их отношения к данной форме стимулирования оплаты труда. Так, Национальной медицинской палатой совместно с экспертами Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики в 2015 году был проведен опрос работников медицинских организаций по основным аспектам

внедрения эффективного контракта (5313 откликов респондентов, участвовавших в опросе) [113].

Стоит отметить, что респонденты оценивают потенциал внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций довольно высоко. При этом медицинские работники менее оптимистичны в отношении возможного влияния эффективного контракта на качество оказываемой медицинской помощи [113].

В российской практике уже есть определенный опыт формирования методических рекомендаций внедрения эффективного контракта как в сфере здравоохранения, так и в других сферах. Например, в научно-практическом обосновании внедрения инновационной мотивационной системы делается упор на системном и процессном подходах к внедрению эффективного контракта. Согласимся с тем, что деятельность медицинских организаций следует рассматривать системно и каждая отдельная трудовая функция, степень качества ее исполнения персоналом медицинских организаций, будучи системно взаимосвязаны, в конечном итоге, вносят вклад в общую результативность и качество оказания медицинской помощи организаций здравоохранения [24].

Методическое пособие по внедрению эффективного контракта в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, также разработано Профессиональным союзом работников здравоохранения Российской Федерации [18]. Достоинствами названного документа можно назвать алгоритмизацию процесса внедрения эффективного контракта, раскрытие некоторых вопросов организационно-правового обеспечения эффективного контракта, описание подходов к выбору критериев стимулирующей части оплаты труда работников медицинских организаций. Однако документ не раскрывает подробно способов отбора показателей и критериев эффективности персонала медицинских организаций.

Методические рекомендации по отдельным направлениям эффективного контракта даются и некоторыми региональными органами власти. Например, методические рекомендации, затрагивающие отдельные

вопросы и формирующие модели внедрения эффективного контракта, содержатся в документе Департамента труда и социальной поддержки населения Ярославской области [114]. Достоинством методических рекомендаций является подробное раскрытие в них содержания трудовых функций работников некоторых специальностей медицинских организаций.

Научно-методическая ценность методических рекомендаций по внедрению эффективного контракта в библиотечных организациях Белгородской области [98] заключается в детальном описании организационно-правовой стороны процесса перехода к эффективному контракту. Очевидным недостатком является неприменимость методических положений к деятельности медицинских организаций.

Методика дифференцированной оплаты труда медицинского персонала больницы, используемая в медицинских организациях Мурманской области, содержит такие, имеющие практическую значимость положения как принципы и требования организации оплаты труда медицинской организации, подходы к разработке стимулирования труда в медицинских организациях, схему этапности работ по разработке и внедрению дифференцированной системы надбавок к оплате труда врачей медицинских организаций, способы расчета стимулирующих доплат, способы определения рейтинга врачей и его учета при дифференциации в оплате труда [97]. Вместе с достоинствами названной модели перехода к эффективному контракту, необходимо выделить некоторые ее недостатки. В частности, можно считать, что эффективный контракт и модель перехода к нему, не должны характеризоваться сложными для персонала (особенно младшего и среднего медицинского персонала) расчетами. Эффективный контракт как инновационная модель дифференциации оплаты труда должен характеризоваться не только справедливостью распределения фонда оплаты труда, но и простотой и понятностью для всех категорий медицинского персонала.

Отметим, что внедрение эффективного контракта в деятельность медицинских организаций России сталкивается с множеством проблем, учет

и понимание которых становятся необходимым условием разработки методической базы внедрения данного механизма стимулирования труда медицинских кадров.

1.4. Проблемы и перспективы внедрения эффективных контрактов в России

Недолгая история введения в России института «эффективных контрактов», в том числе в деятельности медицинских организаций, обуславливает наличие ряда проблем их повсеместного внедрения.

Проблемами внедрения эффективного контракта в бюджетных учреждениях России в последнее время уделяется все больше внимания, что находит отражение в публикациях авторов [75, 79, 80, 90, 91, 151, 187, 188]. Кроме того, публикуются специализированные исследования, посвященные проблемам внедрения эффективного контракта в медицинских организациях [58, 66, 67, 111, 166, 168, 185].

Проблемы внедрения эффективных контрактов в России можно разделить на две крупные группы.

1. Федерального, регионального и местного значений. Среди данных проблем можно выделить следующие наиболее значимые.

– Проблемы трансформации правовой базы (в особенности трудового законодательства) для внедрения принципов эффективного контракта. В этой группе проблем можно, к примеру, выделить проблему необходимости ориентации на МРОТ (минимальный размер оплаты труда) при формировании подходов к стимулированию медицинских кадров. Как отмечают в этом плане В.И. Стародубов и Ф.Н. Кадыров: «когда при разработке систем оплаты труда приходится ориентироваться на МРОТ, тогда зачастую система оплаты труда получается искусственно сжатой снизу (низкооплачиваемые искусственно сближаются с высокооплачиваемыми; оплата труда санитарок часто сближается с оплатой труда среднего медицинского персонала). Разумная дифференциация оплаты труда

санитарок, медсестер и врачей не получается — зарплата медсестер зачастую мало отличается от оплаты труда санитарок. При этом низкооплачиваемым категориям работников снижать даже выплаты стимулирующего характера, как правило, нельзя (иначе размер оплаты труда окажется ниже величины МРОТ), то есть стимулы в этом случае не действуют» [166, 168].

- Проблемы бюджетного финансирования перехода государственных медицинских организаций на эффективный контракт и планирования в федеральном и региональном бюджетах соответствующих затрат.

- Проблема действенного государственного контроля за соблюдением прав работников медицинских организаций при внедрении эффективного контракта и др.

2. Проблемы ведомственного значения, которые состоят в эффективной реализации функций ответственных в сфере здравоохранения органов государственной власти: Министерства здравоохранения РФ и региональных ведомств, реализующих политику в сфере здравоохранения на уровне субъектов федерации.

3. Проблемы, проявляющиеся на уровне функционирования медицинских организаций. Среди таких проблем можно выделить:

- проблемы информирования и аргументации перехода медицинских работников к эффективному контракту;

- возможность обеспечения качества оказываемых медицинских услуг на соответствующем уровне для медицинских организаций различного профиля, оснащенности техникой и оборудованием;

- проблемы формирования действенной системы критериев и показателей, закладываемых в эффективный контракт и политику стимулирования труда в медицинской организации и др.

Для понимания проблем широкого внедрения эффективных контрактов, важно понимать не только организационно-кадровые, правовые, экономические и прочие проблемы, характерные для медицинских организаций, как работодателя, но важно оценивать перспективы и проблемы введения эффективного контракта в повседневную деятельность с точки зрения самого медицинского персонала.

В ноябре 2015г года Национальной медицинской палатой Российской Федерации совместно с Институтом экономики здравоохранения Высшей школы экономики [113] был проведен опрос медработников в 85 регионах РФ на предмет их восприятия «эффективного контракта».

По данным проведенного социологического исследования, более 60% врачей и представителей среднего медицинского персонала оказались незнакомы с текстом типового эффективного контракта, при этом до 59,7% работников медицинских организаций указывали, что информирования об эффективном контракте в их организации не проводилось ни в каких формах. Более 50% респондентов всех групп (информированных и не информированных об эффективном контракте) отметили отсутствие какого-либо влияния изменений в оплате труда на качество медицинских услуг в их организации, и только 13,3% опрошенных считают, что эффективный контракт и повлекшие им изменения в оплате труда оказали положительное влияние на качество оказываемых медицинских услуг. При этом, подавляющее число опрошенных медицинских работников достаточно объективно понимают, как важен контракт, ориентированный на результат, для повышения качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов; выступают за объективные оценки результатов их работы и не считают правильным, что достаточно часто заработная плата зависит от субъективных оценок руководства организации.

Таким образом, перспективы внедрения эффективного контракта в РФ состоят прежде всего в решении имеющегося комплекса проблем — федерального, ведомственного и уровня медицинских организаций.

1.5. Организационно-правовые и методические основы внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации

Внедрение эффективного контракта в деятельность организации требует, прежде всего, учета норм трудового законодательства. При внедрении эффективного контракта, в отношении каждого медицинского работника должны быть уточнены или изменены его трудовая функция,

показатели и критерии оценки эффективности деятельности, определен размер вознаграждения, порядок и размер поощрения за достижение комплексных результатов труда [48]. Примерная форма трудового договора с работником государственного учреждения приведена в приложении к Распоряжению Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р «О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг.» [144]. Документом, в частности, выделены следующие рекомендуемые элементы эффективного контракта.

1. Общие положения, в которых могут определяться:

- наименование должности, профессии или специальности работника;
- наименование организации, в которую принимается работник;
- наименование структурного подразделения, в котором осуществляет работу работник;
- форма труда работника: основная или по совместительству;
- сроки заключения договора.

2. Права и обязанности работника.

3. Права и обязанности работодателя.

4. Схема оплаты труда, которая определяет:

- размер должностного оклада;
- размер и факторы, обуславливающие дополнительные выплаты.

5. Рабочее время и время отдыха.

6. Социальное страхование и меры социальной поддержки работника, предусмотренные законодательством, отраслевым соглашением, коллективным договором, настоящим трудовым договором.

7. Иные условия трудового договора.

8. Ответственность сторон трудового договора.

9. Изменение и прекращение трудового договора.

10. Заключительные положения.

Очевидно, типовой договор, предложенный Правительством Российской Федерации, требует существенных уточнений и не может быть в таком виде внедрен в деятельность медицинских организаций.

Среди наиболее значимых составляющих эффективного контракта, которые должен устанавливать договор следует выделить критерии и показатели деятельности медицинских кадров, в соответствии с достижением которых определяется размер их заработной платы.

Анализ сложившейся в России практики внедрения эффективных контрактов [130, 131, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 141, 142, 143] позволяет сделать следующие выводы по отношению к формированию критериев и показателей эффективности, закладываемых в трудовой договор, как основного ориентира определения качества выполняемых медицинскими кадрами работ.

1. В основу выбора критериев и показателей эффективного контракта (устанавливаются как приложение к трудовому договору) должны закладываться следующие принципы:

- взаимосвязанности системы показателей эффективности медицинской организации – руководителя – работников;
- объективности, предполагающий, что размер выплат привязывается к объективным данным;
- измеримости, в соответствии с которым значение критериев и показателей эффективности должно быть измеримым;
- индивидуализации — когда показатели и критерии устанавливаются в соответствии со спецификой специализации медицинских кадров;
- открытости и ясности, означающий необходимость формирования понятных для работников всех уровней показателей.

2. Критерии и показатели качества работы сотрудников формируются как для медицинского, так и для немедицинского персонала медицинских организаций.

3. Используемые в практике критерии и показатели можно разделить на следующие группы.

1) Показатели удовлетворенности пациентов качеством обслуживания, к примеру:

- уровень оценки качества предоставляемых услуг со стороны обслуживаемых граждан (методом опроса);
- обоснованные жалобы (по результатам внутреннего и ведомственного контроля);
- удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи (по результатам социологического исследования; процент от числа опрошенных) и др.

2) Показатели качества ведения документации медицинской организации, такие как:

- дефекты в оформлении медицинской документации;
- ведение в полном объеме электронных медицинских карт в информационных системах.

3) Показатели квалификации и интенсивности самообучения специалистов медицинской организации, к примеру:

- участие в научных конференциях, в работе профессиональных обществ, ассоциаций, наличие печатных работ, работа в комиссиях и т.д.).

3) Специализированные показатели, формируемые в соответствии со спецификой и функциями отдельных категорий медицинского персонала, к примеру:

а) заведующего отделением — врача-хирурга:

- дефекты организационной (диагностической, консультативной, лечебной, профилактической) работы в отделении, выявленные по результатам проверок вышестоящих и контрольно-надзорных органов, работы врачебной комиссии;

б) врача-специалиста терапевтического (педиатрического) профиля:

- расхождение клинического и патологоанатомического диагноза 2-й и 3-й категории;

в) врача-специалиста хирургического профиля:

- осложнения после хирургических вмешательств, в том числе гнойно-септические;

- расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов 2- и 3-й категории;

- г) врача (фельдшера) выездной бригады скорой медицинской помощи для детей и взрослых:

- расхождение диагноза, установленного врачом (фельдшером), от диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации;

- д) акушерки (женской консультации):

- факты ятрогенных осложнений, связанных с нарушением техники выполнения процедур;

- факты нарушения санитарно-эпидемиологического режима (в том числе факты гнойно-воспалительных заболеваний, возникших после инвазивных вмешательств, а также факты положительных результатов бактериологического контроля качества стерилизации инструментария);

- доля беременных женщин и родильниц, осмотренных по плану, утвержденному заведующим женской консультацией и т.д.

Методические основы внедрения эффективного контракта в деятельность современных медицинских организаций во многом связаны с уже имеющимся опытом коммерческих структур по стимулированию труда работников, который требуется адаптировать к специфике здравоохранения. В этом плане можно выделить такие методики разработки системы показателей эффективности, как концепция системы сбалансированных показателей (BSC) и ключевые показатели эффективности (KPI) [1]; методика FMEA (Failure Modes and Effects Analysis), позволяющая с помощью проактивных методов определить на каком участке процесса возможны ошибки [54] и др.

Однако, учитывая изначально более явную «коммерческую» направленность данных методик, их применимость в определенной степени ограничена в отношении медицинских организаций и требует существенной адаптации. К примеру, если в рамках методики ССП (системы

сбалансированных показателей) выделяют четыре «проекции» в рамках которых строится вся система показателей эффективности — финансы, клиенты, кадры и процессы [42], то в отношении медицинской организации, особенно государственной, эти оцениваемые проекции не могут быть раскрыты в той же мере, как и в отношении коммерческих организаций. Так, у государственных медицинских организаций в абсолютном большинстве отсутствуют расходы на маркетинг и рекламу, что сужает возможности детализации проекции «клиенты». Аналогичная ситуация будет наблюдаться в отношении проекции «процессы», в которых требуется сформулировать целевые установки в отношении бизнес-процессов, так как далеко не все процессы медицинской организации, в особенности государственной, могут быть переведены сугубо в «бизнес-плоскость».

Таким образом, внедрение эффективного контракта в деятельность медицинской организации, на основе учета сформулированных основополагающих положений требует:

- построения системы критериев и показателей качества деятельности, соответствующих общим целям и задачам организации;
- формирования адекватного задачам организации правового наполнения трудового договора с каждой категорией медицинских кадров;
- индивидуализации критериев и показателей, согласно специализациям и выполняемым отдельными специалистами функциями

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая работа представляет собой комплексное социально-гигиеническое исследование, посвященное изучению организации и эффективности деятельности многопрофильных медицинских организаций и научному обоснованию модернизации системы мотивации персонала путем внедрения эффективного контракта на примере государственных медицинских организаций г. Москвы.

Во избежание разночтений терминологии с правовых позиций в настоящей работе под понятиями «медицинское учреждение» и «учреждение здравоохранения» подразумевается термин «медицинская организация», определение и характеристики которому приведены в пункте 11 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан». Понятия «медицинское учреждение», «учреждение здравоохранения» и «медицинская организация», в настоящей работе являются тождественными.

Теоретической и методологической основой настоящего диссертационного исследования послужили работы ведущих российских и зарубежных ученых по проблемам стимулирования труда медицинских работников, правового регулирования, формирования и результативности внедрения эффективного контракта в российских и иностранных медицинских организациях России, управления качеством медицинской помощи, медико-технического обеспечения, развития подходов, повышающих эффективность медицинских организаций, и т.д.

Работа выполнена в рамках реализации пилотного проекта Правительства Москвы по улучшению эффективности работы и повышения качества оказания медицинской помощи в государственных медицинских организациях ЗелАО г. Москвы и комплексной научно-исследовательской работы «Совершенствование образовательных технологий додипломного и

последипломного медицинского и фармацевтического образования. Разработка научных основ технологии, стандартизации и организации производства лекарственных средств» (номер государственной регистрации: 01201168237).

2.1. Характеристика базы проведения исследования

Исследование проводилось в течение 2016–2018 годов. Базой исследования стали государственные медицинские организации Зеленоградского административного округа г. Москвы и кафедра организации управления в сфере обращения лекарственных средств ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (далее — Сеченовский Университет).

Зеленоградский административный округ (далее — ЗелАО) является обособленной территориальной единицей г. Москвы. Численность населения округа, по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) на 2018 год составляет 243 084 человек (18 568 чел. дошкольного возраста, 25 183 чел. подросткового возраста, 153 872 чел. трудоспособного возраста и 45 461 чел. старшего возраста). В округе расположены: 1 подстанция скорой и неотложной медицинской помощи, 2 поликлиники (детская и взрослая) и 1 многопрофильная больница, а также 1 психоневрологический и 1 наркологический диспансеры. Данные медицинские организации обеспечивают медицинской помощью не только жителей ЗелАО г. Москвы, но и жителей близлежащих населенных пунктов Московской области.

Объектами наблюдения в исследовании являются государственные медицинские организации, осуществляющие деятельность в Зеленоградском административном округе г. Москвы:

– государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского

Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»);

- государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника №201 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП №201 ДЗМ»);

- государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №105 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДГП №105 ДЗМ»);

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ» является единственной и крупнейшей многопрофильной медицинской организацией ЗелаО г. Москвы, имеющей в своем составе амбулаторные подразделения и круглосуточные стационары различного профиля. Руководство больницей осуществляется главным врачом и его заместителями по профилям деятельности. Организационная структура больницы представлена на рисунке 1.

Коечная мощность больницы — **761** койка. Численность прикрепленного населения — **19 956** человек.

Основные медицинские подразделения организации:

- многопрофильный круглосуточный стационар для взрослых;
- многопрофильный стационар кратковременного пребывания для взрослых;
- многопрофильный педиатрический стационар;
- филиал «Поликлиническое отделение» с дневным стационаром на 20 коек терапевтического и хирургического профилей;
- филиал «Перинатальный центр» с консультативно-диагностическим отделением и женской консультацией, включающей в себя 3 акушерско-гинекологических отделения.

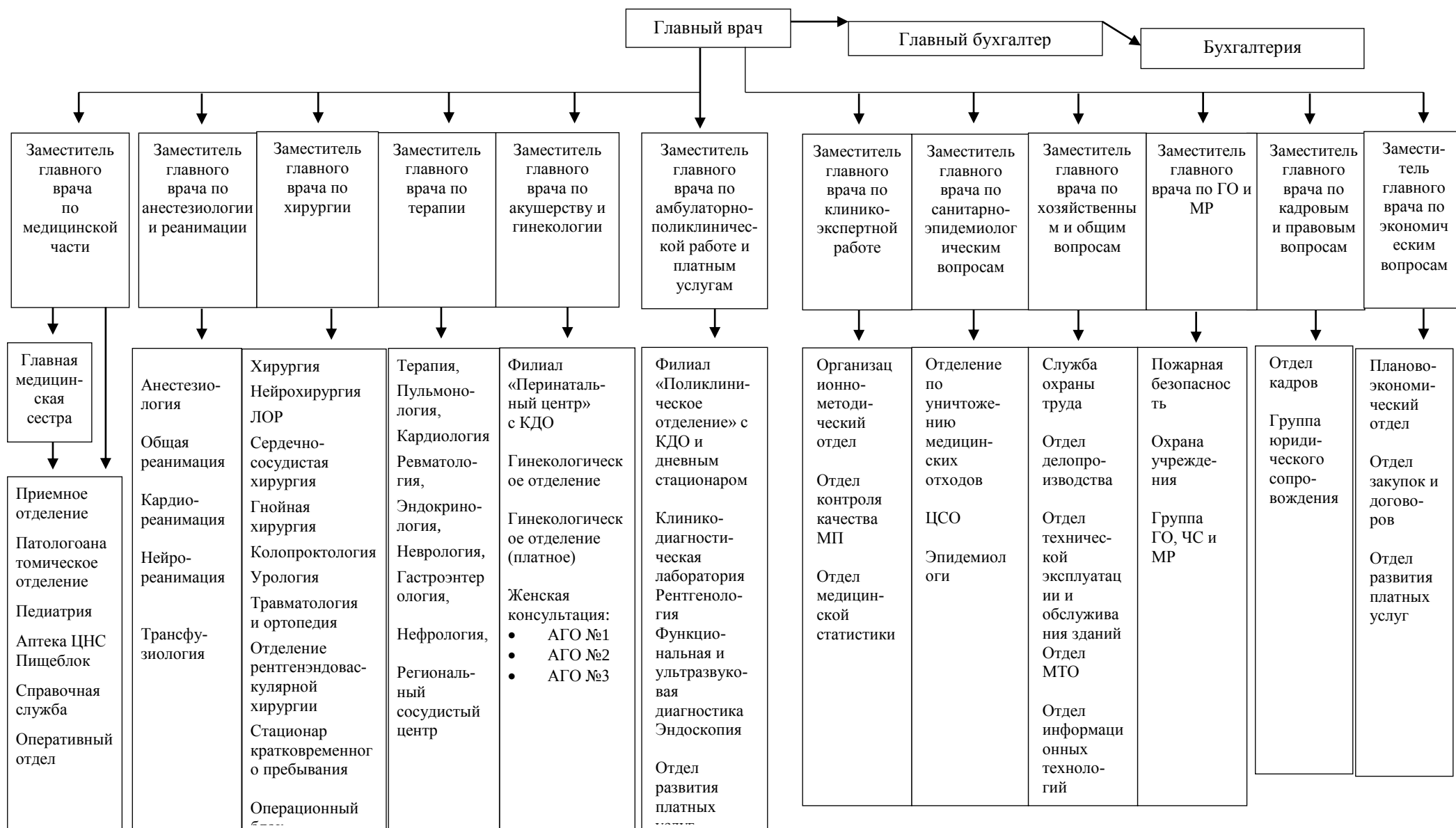


Рисунок 1 — Организационная структура ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

ГБУЗ Москвы «Городская поликлиника №201 ДЗМ» является медицинской организацией ЗелаО г. Москвы амбулаторно-поликлинического типа, для взрослого населения. Мощность поликлиники — 3965 посещений в смену. Коечная мощность дневного стационара — 40 коек хирургического и терапевтического профилей. Численность прикрепленного населения — 235 656 человек.

Основные медицинские подразделения организации:

- филиал №1 (Поликлиника с дневным стационаром и травматологическим пунктом);
- филиал №2 (Поликлиника с центром здоровья);
- филиал №3 (Поликлиника).

ГБУЗ Москвы «Детская городская поликлиника №105 ДЗМ» является медицинской организацией ЗелаО г. Москвы амбулаторно-поликлинического типа, для детского населения. Мощность поликлиники — 2790 посещений в смену. Численность прикрепленного населения — 56 103 человек.

Основные медицинские подразделения организации:

- консультативно-диагностический центр ДГП №105;
- филиал №1 (Поликлиника с центром здоровья детей);
- филиал №2 (Поликлиника с детским травматологическим пунктом);
- филиал №3 (Поликлиника).

2.2. Программа, этапы, объем, методы и организация исследований

С целью организации и проведения исследования были обоснованы методические и методологические подходы, разработан алгоритм, поэтапный план и программа проведения исследования, методика сбора и обработки материала.

Интегрированный и комплексный характер настоящего исследования и сформулированные автором цель и задачи определили предмет и объекты исследования, единицы наблюдения и позволили сформировать Программу исследования (таблица 1).

Таблица 1— Программа и методы исследования

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации	Сроки, годы
1. Изучить особенности трудовой мотивации медицинских работников в современных условиях и определить проблемы требующие решения	Организационно-правовой анализ	Отечественная [205 источников] и зарубежная [53 источника] литература	Зарубежные и отечественные источники литературы по проблемам мотивации сотрудников и внедрения эффективного контракта в медицинских организациях	2016
2. Изучить нормативную правовую базу внедрения системы эффективного контракта в целях повышения качества медицинской помощи	Организационно-правовой анализ.	Нормативные правовые акты по теме исследования [12 источников]	Послания и поручения Президента РФ, Постановления правительства РФ, Приказы Минздрава РФ, региональных органов управления здравоохранением РФ и иные нормативно-правовые акты по теме исследования	2016.
3. Разработать механизм и основные критерии оценки трудовой деятельности медицинских работников, основных положений эффективного контракта	Аналитический, статистический	Внутренняя нормативно-регламентирующая документация медицинских организаций [24 единицы]	Приказы медицинских организаций по, вопросам изменений штатного расписания, должностных обязанностей, регламентов работы, оценки эффективности деятельности медицинских работников	2016 – 2018.
4. Изучить клинико-организационную и экономическую эффективность внедрения эффективного контракта для разных категорий медицинского персонала	Статистический, Аналитический, Метод экспертных оценок Метод выкопировки (направленный отбор)	1. Статистические отчетные формы за период 2010–2019 годы [66 единиц]: Форма №30 «Сведения о медицинских организациях»; - Форма №47 – сводный отчет «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения, - Форма №14-дс — сводный отчет «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» [24 единицы]. 2. Данные о состоянии деятельности медицинских учреждений в региональном разрезе в статистических сборниках субъектов РФ за период	Годовые отчеты по формам федерального государственного статистического наблюдения №14-дс, №30, №47 за 2010-2019гг. Материалы медицинской информационной системы, материалы сайта медицинской организации на 2015–2019 годы	2016–2019

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации	Сроки, годы
		2010-2019 [45 единиц]. 3. Статистический сборник Федеральной службы государственной статистики [30 единицы]: – «Здравоохранение в России» (2001–2015 гг.); – «Регионы России. Социально-экономические показатели» (2001–2015 гг.). 4. Медицинский персонал организаций (991 чел): врачи — 311; средний медицинский персонал – 626; младший медицинский персонал — 54		
5. Провести медико-социологическое исследование влияния внедрения эффективного контракта на трудовую мотивацию и на качество оказываемых медицинских услуг в медицинских организациях (на примере ЗелАО г. Москвы)	Статистический Аналитический Метод экспертных оценок Социологический Математического анализа	Социологическая анкета для медперсонала «Изучение мнения медицинского персонала о влиянии эффективного контракта на повышение мотивации труда и качества оказания медицинской помощи»: в 2017 году — 991 единица; в 2018 году — 2973 единицы). Социологическая анкета для пациентов «Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи»: в 2016г году — 300 анкет; в 2017 году — 1200 анкет	Материалы медико-социологического исследования в 2017 - 2018гг.	2017 – 2018
6. Оценить результативность внедрения эффективного контракта. Разработать предложения по совершенствованию внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций	Организационно-правовой Метод структурно-организацион-ного моделирования Метод экспертных оценок Аналитический Статистический Математический	Материалы предыдущих этапов исследований Отчеты о результатах экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы от страховых медицинских организаций и МГФОМС за период 2011 – 2019гг [216 единиц]	Материалы предыдущих этапов исследований Акты МЭК от страховых медицинских организаций, МГФОМС	2018 – 2019

В качестве **объекта исследования** определены медицинские организации и их структурные и функциональные медицинские подразделения, медицинский персонал и пациенты, получавшие медицинскую помощь в наблюдаемый период.

Предметом исследования стала разработка основных направлений совершенствования деятельности медицинской организации, повышения качества медицинской помощи населению, мотивации медицинского персонала к труду и оценка результативности внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций.

В рамках диссертационного исследования использованы общенаучные методы (анализ, синтез, системность, комплексность, моделирование). Исследование выполнено в единстве теоретического и эмпирического подходов, на основе объективности, системности и комплексности.

Также, в процессе подготовки диссертационной работы, использовались следующие **методы исследования**: метод выкопировки данных направленным методом, организационно-правовой анализ, статистический, аналитический, корреляционный, экспертных оценок, социологический, структурно-организационного моделирования и математического анализа. Диссертационное исследование проводилось в несколько последовательных и взаимосвязанных этапов. При этом результаты, полученные в ходе исследования, дополнялись с учетом изменений нормативно-правовой базы и получения новых исследовательских данных.

Статистическая обработка полученного материала проводилась на основе общепринятых статистических методов: сбор данных, группировка, шифровка, сортировка, формирование аналитических таблиц, расчет относительных и средних величин, определение достоверности результатов исследования с использованием параметрических методов (критерий Стьюдента) и непараметрических методов (Z-критерий, критерий Манна – Уитни), взаимосвязи между показателями (регрессионный и корреляционный анализ).

Накопление, обработка и анализ полученных данных проводились с использованием прикладных программных продуктов Microsoft Office Excel 2010 и пакета статистических программ IBM Statistics 20.

В качестве источников информации и материалов для исследования выступали:

1. Статистические отчетные формы:

- Форма №14-дс - сводный отчет «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения», утвержденная Приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 №413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

- Форма №30 - «Сведения о медицинских организациях», утверждена приказом Росстата от 14.01.2013 N 13 (ред. от 25.12.2014) "Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения".

- Форма №47 – сводный отчет «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения, утвержденная Приказом Росстата от 27.11.2015 №591 (ред. от 27.12.2016) «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения»;

2. Данные о состоянии деятельности медицинских организаций в региональном разрезе в статистических сборниках субъектов РФ.

3. Данные статистических сборников:

- «Здравоохранение в России» (2001–2015 годы) — статистический сборник Федеральной службы государственной статистики;

- «Регионы России. Социально-экономические показатели» (2001–2015 годы) — статистический сборник Федеральной службы государственной статистики.

4. Данные медико-социологического исследования в виде опроса медицинского персонала и пациентов медицинской организации:

– «Изучение мнения медицинского персонала о влиянии эффективного контракта на повышение мотивации труда и качества оказания медицинской помощи» (991 анкета медицинских работников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы»; Приложение 6);

– «Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи» (300 анкет пациентов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы»; Приложение 7).

5. Внутренняя отчетность медицинской организации — Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» (медицинская информационная система «Парус 10» с экономическими и статистическими модулями).

6. Отчеты о проведении экспертизы качества медицинской помощи экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы от страховых медицинских организаций и МГФОМС.

7. Нормативно-правовые акты федерального, регионального и ведомственного уровня, регулирующие порядок внедрения эффективного контракта на уровне федеральных и региональных профильных ведомств.

8. Научные и литературные источники (отечественные и зарубежные) по теме диссертации.

В соответствии с разработанной программой, исследование проводилось в несколько этапов.

На первом этапе были определены цель, задачи, предмет, объекты и методы исследования, в соответствии с рабочей гипотезой разработана программа исследования. Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы в части организации и реализации эффективного контракта в государственных и частных медицинских организациях; изучена зарубежная практика реализации системы показателей эффективности как одной из

составляющих эффективного контракта. Были изучены предпосылки внедрения эффективного контракта в России: обеспеченность медицинскими работниками, состоянием объектов инфраструктуры медицинских организаций. Также, был проведен анализ нормативно-правовой базы, выявлены теоретические и практические проблемы внедрения эффективного контракта, обусловленные состоянием законодательной базы.

Материалами исследования стала практика создания правовой базы регулирования эффективного контракта в регионах России, данные зарубежных организаций и научных исследований о проблемах внедрения эффективного контракта. Также использовались официальные статистические формы о состоянии объектов системы здравоохранения в т.ч. в региональном разрезе.

На втором этапе исследовалась целесообразность и предпосылки к внедрению эффективного контракта в медицинских организациях ЗелАО г. Москвы. Была изучена отчетность крупной многопрофильной медицинской организации за 2010-2016гг. (до внедрения «эффективного контракта»), на примере ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ». Проанализированы изменения в организационно-штатной структуре, лечебно-оздоровительной и финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации. Проведен ретроспективный анализ состояния вопросов мотивации медицинского персонала учреждений здравоохранения ЗелАО, выделены основные недостатки действующих механизмов стимулирования персонала.

На третьем этапе разработаны основные положения «эффективного контракта» с медицинскими работниками многопрофильной государственной медицинской организации, критерии и механизмы оценки эффективности трудовой деятельности медицинского персонала в рамках «сетевого» планирования должностных обязанностей. Проведено поэтапное внедрение механизма и методических положений «эффективного контракта» с медицинскими работниками в медицинскую организацию -- ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

На четвертом этапе проведены социологические исследования, задачами которых стало исследование информированности и понимания медицинских работников основных положений «эффективного контракта» и их отношения и изменениям системы финансовой мотивации, а также исследование восприятия пациентов медицинских организаций, составляющих качества медицинской помощи. Перед внедрением эффективного контракта было проведено первичное анонимное анкетирование медицинских работников (991 респондент); а в ходе внедрения и его завершении – проводилось 3-х кратное поквартальное анонимное анкетирование тех же респондентов, из числа выбранных медицинских работников, с целью изучения изменения понимания и восприятия «эффективного контракта».

Перед внедрением эффективного контракта было проведено первичное анонимное анкетирование пациентов (300 респондентов), а в ходе внедрения и по завершении внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации, было проведено 4-х кратное анонимное анкетирование пациентов (1200 респондентов), по вопросам удовлетворенности оказанной медицинской помощью и лояльностью к медицинской организации.

Расчет репрезентативности выборки для анкетирования произведен по формуле Н.А. Плохинского (1961) для известного объема генеральной совокупности.

$$n = \frac{N}{N \frac{K^2}{t^2} + 1} \quad (1)$$

где:

n — необходимый объем выборочной совокупности;

N — генеральная совокупность;

K — коэффициент точности;

t — критерий достоверности.

Коэффициент точности K был принят за 0,2, критерий достоверности t при $P = 95\%$ составил 2, что позволяет рассчитывать завышенную численность выборки, гарантирующую меньшую ошибку выборочной совокупности и соответствующую репрезентативность. Всего в социологическом исследовании участвовали 991 медицинский работник многопрофильных медицинских организаций ЗелАО г. Москвы (для обеспечения репрезентативной выборки требовалось 93) и 300 пациентов (для обеспечения репрезентативной выборки требовалось 91).

Предельная ошибка выборки $\Delta = 0,05$, а коэффициент достоверности $t=2$, позволили обеспечить достоверность результатов в 95% с предельной ошибкой $\pm 5\%$.

Средняя ошибка выборки рассчитывалась по формуле [96]:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}}, \quad (2)$$

где:

m — ошибка среднего;

p — статистический показатель (относительная величина);

q — величина, обратная p , и выраженная как $(100 - p)$ в зависимости от основания, на которое рассчитан показатель;

n — число наблюдений в выборочной совокупности.

В случае, когда при выборочном исследовании получался результат, равный 100%, для расчета использовалась формула:

$$m = \frac{t^2 \times 100}{n + t^2}, \quad (3)$$

где:

m — ошибка среднего;

t — критерий достоверности;

n — число наблюдений в выборочной совокупности.

Определение доверительных границ показателей осуществлялось по формуле:

$$p_{ген} = p_{выб} \pm tm, \quad (4)$$

где:

$p_{ген}$ — статистический показатель (относительная величина) генеральной совокупности;

$p_{выб}$ — статистический показатель (относительная величина) выборочной совокупности;

m — ошибка репрезентативности;

t — критерий достоверности.

Следовательно, с достоверностью в 95% можно утверждать, что крайние значения показателей будут отличаться от полученного ранее показателя не более чем на величину удвоенной средней ошибки ($p \pm 2m$) [82].

На пятом этапе проведена комплексная оценка влияния эффективного контракта на качество предоставляемых медицинских услуг в процессе реализации и после завершения внедрения «эффективного контракта» в деятельность многопрофильной медицинской организации на примере ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ». Проведен анализ показателей лечебно-оздоровительной деятельности медицинской организации и результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи. Также проанализированы показатели удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью и лояльности к медицинской организации.

Разработаны предложения по совершенствованию внедрения эффективного контракта в деятельность государственных медицинских организаций.

2.3. Обоснование целей, методов и инструментов анализа деятельности многопрофильных медицинских организаций

Изучение эффективности организации труда в деятельности многопрофильной медицинской организации, а также проведение непосредственно анализа основных показателей ее лечебно-оздоровительной и финансовой деятельности - следует предварить уточнением цели, методов и инструментов анализа.

Цель данного фрагмента исследования состоит в оценке исходных условий, определяющих целесообразность внедрения эффективного контракта в деятельность крупной медицинской организации, и исходит из общих цели и задач настоящего исследования.

Достижению указанной цели будет способствовать решение задач:

1. Выбор комплекса оцениваемых показателей деятельности медицинской организации, включающего группы исследуемых показателей и конкретные количественные индикаторы деятельности организации.
2. На основе выбранных показателей, используемых методов и инструментов анализа проведение оценки деятельности медицинской организации в динамике и статике.
3. Формулирование выводов по результатам проведенного анализа.

Для проведения анализа использовался метод статистического анализа. Конкретными инструментами данного метода стали:

- анализ рядов динамики;
- статистический анализ структуры;
- структурно-динамический анализ данных о деятельности медицинской организации.

Выбор групп показателей оценки медицинской организации и конкретных индикаторов анализа исходил из сформулированной в исследовании проблемы — разработки методики внедрения эффективного контракта в медицинской организации. С данных позиций к основным группам анализируемых показателей были отнесены:

1. Показатели лечебно-оздоровительной деятельности организации.
2. Показатели финансовой деятельности организации.
3. Показатели эффективности организации труда в деятельности организации.
4. Показатели качества медицинской помощи в организации.

Таким образом, схему анализа можно представить в следующем виде (рисунок 2).

Выбранная последовательность анализа основана на дедуктивном методе научного познания или принципе от «общего к частному». На удовлетворенность условиями труда сотрудников оказывает прямое влияние эффективность организации труда в медицинской организации. Степень эффективности организации труда в свою очередь прямо влияет на показатели лечебно-оздоровительной деятельности организации. От группы параметров лечебно-оздоровительной деятельности зависят показатели финансовой деятельности организации. Именно такая логика обусловила выбор исследуемых групп показателей.



Рисунок 2 — Последовательность проведения анализа деятельности медицинской организации.

В свою очередь каждая анализируемая группа потребовала декомпозиции на конкретные индикаторы и показатели эффективности. Решение данной задачи исходило из сложившихся в теории подходов к выбору показателей эффективности деятельности медицинской организации [28, 53, 55, 59, 70, 148, 193, 158], а также, из сложившегося опыта и видения характера влияния основных аспектов управления медицинской организацией на эффективность организации труда, лечебно-оздоровительную и финансовую деятельность.

Группа выбранных индикаторов и обоснование включения каждого из них приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Анализируемые количественные индикаторы каждой группы показателей и обоснование их включения в анализ

Группа	Количественные индикаторы	Обоснование включения индикатора
Показатели лечебно-оздоровительной деятельности	Число лечившихся больных в динамике	Оценка нагрузки на медицинскую организацию и ее работников, исследование условий для рационализации содержания эффективного контракта.
	Структура лечившихся больных по подразделениям медицинской организации	Оценка распределения нагрузки на медицинское подразделение и его работников, исследование условий для рационализации содержания эффективного контракта по структурным подразделениям.
	Коечный фонд медицинской организации и его динамика	Оценка реальных возможностей персонала медицинской организации, доступа к основным объектам инфраструктуры оказания медицинской помощи.
	Среднее число занятости дней койки в году и его динамика	Оценка реальных возможностей персонала медицинской организации, доступа к основным объектам инфраструктуры оказания медицинской помощи.
	Оборот койки и его ежегодная динамика	
	Средняя длительность пребывания больного на койке в стационарных отделениях и ее динамика	Изучение условий для рационализации содержания компонентов эффективного контракта.
	Общепольничный показатель летальности и его динамика	Оценка условий для постановки задач в рамках эффективного контракта для каждой категории медицинских работников.
	Число выполняемых исследований в медицинской организации и их	Оценка условий для постановки задач в рамках эффективного контракта для каждой категории медицинских работников.

Группа	Количественные индикаторы	Обоснование включения индикатора
	динамика	
Показатели финансовой деятельности	Бюджет медицинской организации и его динамика	Общая оценка обеспеченности медицинской организации финансовыми ресурсами для достижения задач оказания качественной медицинской помощи <i>Продолжение таблицы 2</i>
	Факторы изменения бюджета медицинской организации	Оценка факторов, обусловивших изменение бюджета в динамике и их влияние на деятельность медицинской организации.
	Структура бюджета медицинской организации	Оценка степени зависимости медицинской организации от средств государственного бюджета и возможностей (ресурсов) для самостоятельного ведения политики в сфере организации труда и формировании условий для внедрения эффективного контракта.
	Соотношение доходов бюджета медицинской организации и доля в них доходов от оказания платных медицинских услуг	Оценка потенциала медицинской организации для самостоятельного ведения политики в сфере организации труда и формировании условий для внедрения эффективного контракта.
Показатели эффективности организации труда	Количество штатов в медицинской организации и их динамика	Структурирование персонала по категориям для индивидуализации условий эффективного контракта
	Производительность труда (как выработка платных медицинских услуг в на одну ставку) и ее динамика.	Оценка условий для изучения факторов, способных повлиять на удовлетворенность медицинских работников качеством организации труда и выработки мер повышения удовлетворенности и повышения эффективности оказания медицинских услуг
	Структура производительности труда по категориям персонала	Изучение условий для рационализации содержания компонентов эффективного контракта
Показатели качества медицинской помощи	Показатель удельного веса штрафа в общей сумме выручки медицинской организации по ОМС и его динамика	Оценка качества профессиональной деятельности медицинских работников, исследование условий для рационализации содержания эффективного контракта

Таким образом, анализ, проведенный в ходе решения задач исследования, базировался на вышеуказанных положениях, был ориентирован на решение сформулированных задач оптимального внедрения эффективного контракта и реализован с использованием инструментария статистического анализа. В следующих главах будут рассмотрены и проанализированы основные этапы и результаты внедрения эффективного контракта.

ГЛАВА 3. ПРЕДПОСЫЛКИ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Данная глава посвящена анализу деятельности государственных медицинских организаций в ЗелАО г. Москвы, с последующей разработкой критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников при внедрении эффективного контракта, основных положений эффективного контракта и механизма оценки эффективности трудовой деятельности. В настоящем анализе представлены и рассмотрены данные по таким направлениям деятельности многопрофильной медицинской организации, как лечебно-оздоровительная и финансовая деятельность, организация труда медицинского персонала и качество оказания медицинской помощи.

В качестве временного интервала, позволяющего максимально объективно охарактеризовать исследуемую деятельность медицинских организаций ЗелАО г. Москвы на примере ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» были выбраны годы с 2010 по 2019 годы, которые можно условно разделить на 3 периода.

«Стагнационный период» длился с 2010 по 2014г., когда результаты лечебной и финансовой деятельности медицинских организаций ЗелАО, постепенно перестали соответствовать показателям функционирования современных медицинских организаций, а оптимизационные мероприятия носили хаотичный, точечный, и несистемный характер. Именно в данный период сформировались объективные предпосылки к необходимости модернизации не только основных видов деятельности, но и совершенствования системы трудовой мотивации персонала в медицинских организациях.

«Подготовительный период» составил 2 года (2015–2016 годы). В данный период были проведены основные «технические работы» коснувшиеся совершенствования медицинской деятельности в организации и непосредственно лечебной работы, организационной структуры, штатного расписания и кадрового состава сотрудников и финансово-хозяйственной деятельности, коечного фонда и парка материально-технического оснащения, санитарно-гигиенического состояния объектов и помещений. Также в данный период проводилось формирование непосредственного механизма перехода организации к «эффективному контракту», а также разъяснительная работа с коллективом по вопросам предстоящего внедрения «эффективного контракта». Разработка, согласование и утверждение критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников, порядка расчета, согласования и утверждения стимулирующих выплат и премий медицинским работникам в организации проводились при широком вовлечении персонала.

«Период реализации эффективного контакта» начался с 2017 года и продолжается по настоящее время. В данном периоде после завершения реорганизационно-подготовительных работ были внесены изменения в систему правового обеспечения трудовых отношений медицинской организации, а разработанный «эффективный контакт», внедрен и реализуется в повседневной деятельности организации.

В ходе изучения основных видов деятельности медицинских организаций и динамики качества оказания медицинской помощи в указанные периоды достаточно четко определяются различия в полученных результатах.

В число предпосылок к внедрению системы стимулирования медицинского персонала на основе эффективного контракта исследуемых медицинских организациях ЗелАО г. Москвы, можно включить предшествовавший традиционный для российской практики управления персоналом в учреждениях здравоохранения порядок выплат

стимулирующего и компенсационного характера. В период до внедрения эффективного контракта медицинскому персоналу полагались следующие выплаты стимулирующего и компенсационного характера на основе положений коллективного договора, положений об оплате труда и трудовых договоров.

1. За интенсивность и высокие результаты работы:

- надбавка за интенсивность труда;
- премия за высокие результаты работы;
- премия за выполнение особо важных и ответственных.

2. За качество выполняемых работ:

- надбавка за наличие квалификационной категории;
- премия за образцовое выполнение государственного (муниципального) задания.

3. За стаж работы в медицинской организации:

- надбавка за стаж непрерывной работы.

4. Премия по итогам работы за период:

- месяц;
- квартал;
- год.

Начиная с 2015 года, в управлении медицинским персоналом учреждений здравоохранения в ЗелаО г. Москвы внедряется система стимулирования на основе эффективного контракта. ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» как крупнейшая многопрофильная медицинская организация округа, сочетающая в себе стационарное и амбулаторное звено, явилась пилотной медицинской организацией, где проводились исследования на предмет возможности совершенствования системы стимулирования медицинского персонала, выявления проблем ее реализации, особенностей разработки показателей эффективности для конкретных групп медицинских работников.

3.1. Анализ лечебно-оздоровительной и финансовой деятельности медицинских организаций

Анализ значений показателей лечебно-оздоровительной деятельности медицинской организации, которые будут представлены в настоящем разделе, и их изменения во временном промежутке представят эффективность медицинской организации в стагнационном периоде с точки зрения реализации ее основных функций. В то время как финансовые показатели позволяют судить об эффективности ее экономической деятельности и работы как хозяйствующего субъекта.

По данным на 2014 года численность лечившихся в стационарах организации составила 34,7 тыс. чел., а среднегодовая динамика данного показателя, начиная с 2010 г. колебалась от –6,8% до +3,2%. В целом, в стагнационном периоде, отмечается преимущественная отрицательная динамика в ежегодной численности лечившихся, составившая –4,6% в 2014 году по сравнению с 2010 годом. Динамика лечившихся пациентов по подразделениям стационара ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в 2010–2019 годы приведена в таблице 3.

Таблица 3 — Динамика числа пролеченных больных в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, чел.

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Взрослый стационар	26138	25358	25620	23754	24994
Педиатрический стационар	2446	2437	2742	2132	2148
Перинатальный центр	7763	8400	8978	8927	7547
Дневной стационар	0	0	0	0	0
Итого	36346	36 195	37339	34812	34689

Также в стагнационном периоде функционирования ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» на фоне стабильного снижения численности пролеченных в стационарных подразделениях наблюдаются сначала некоторое увеличение коечного фонда, составившие 60 коек (+5%) в 2013 году по сравнению с 2010 годом, с последующим резким сокращением коечного фонда в 2014 году до 357 коек (–29,4%), что также не привело к

значительным позитивным изменениям в эффективности работы больницы (таблица 4).

Таблица 4 — Динамика коечного фонда в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, ед.

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Взрослый стационар	824	824	883	883	632
Педиатрический стационар	120	120	120	120	60
Перинатальный центр	246	252	247	247	191
Дневной стационар	0	0	0	0	0

Отрицательные тенденции стагнационного периода в работе ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», проявившиеся в неоднозначных изменениях численности коечного фонда на фоне снижения пациентопотока, закономерно подтверждаются изменениями эффективности работы койки в стационарах в течении всего наблюдаемого периода. К примеру, снижение занятости койки во взрослом и педиатрическом стационаре в 2011 году по сравнению с 2010 годом составили 86,4 дня (–23,5%) и 4,2 дня (–2,9%) соответственно. На этом фоне резкое увеличение занятости койки в 2014 году (+36,4%) в сравнении с 2013 годом выглядит не более чем следствием экстренного снижения коечного фонда. При этом уменьшение обобщенного показателя средней занятости койки за весь стагнационный период составило –10,8% в 2014 году по сравнению с 2010 годом (таблица 5).

Таблица 5 — Динамика среднего числа дней занятости койки в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, дни

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Взрослый стационар	366,9	360,7	336,2	280,5	352,6
Педиатрический стационар	141,7	185,5	198,9	137,5	248,8
Перинатальный центр	182,3	195,9	210,5	198,5	239,4
Дневной стационар	0	0	0	0	0

Ежегодная динамика изменения оборота койки (таблица 6) в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в 2010–2014 годах так же свидетельствует не только о низкой загруженности имеющегося коечного фонда организации в «стагнационном» периоде (не превышающего 32,6 чел. в год), но и об отрицательной динамике в виде длительного ежегодного снижения оборота койки, составившего –9,3% в 2013 году по сравнению с 2010 годом с последующим незначительным ростом в 2014 году по сравнению с 2013 годом (+16,4%). В целом, динамика оборота койки в организации составила в 2014 году +5,5%, что также нельзя назвать эффективным.

Таблица 6 — Динамика оборота койки в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, чел.

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Стационары	30,9	30,7	30,5	28	32,6

В качестве показателя весьма низкой эффективности работы стационаров ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в «стагнационном» периоде следует отметить выраженную длительность среднего койко-дня (таблица 7).

Таблица 7 — Динамика средней длительности пребывания больного на койке в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, сутки

Показатель	Годы									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Взрослый стационар	11,57	11,6	11,6	10,4	8,9	7,1	6	5,4	5,3	5,3
Педиатрический стационар	6,95	9,1	8,7	7,7	6,9	5,4	5,5	5,3	5,0	4,4
Перинатальный центр	5,78	5,9	5,8	5,5	6,1	5,5	4,2	3,8	5,7	4,1
Дневной стационар	0	0	0	0	0	12,9	12,25	9,4	11,1	8,9

В период с 2010 по 2013 годы снижение среднего койко-дня составило 1,17 суток (10,1%) во взрослом многопрофильном стационаре, на 0,28 суток

(4,8%) в перинатальном центре, а также наблюдается увеличение койко-дня на 0,75 суток (10,8%) в педиатрическом стационаре. На этом фоне снижение в 2014 году по сравнению с 2013 годом среднего койко-дня во взрослом стационаре на 1,5 суток (14,4%), в педиатрическом стационаре на 0,8 суток (10,3%) и увеличение в 2014г. среднего койко-дня в перинатальном центре на 0,6 суток (10,9%) по сравнению с 2013 годом так же отражают повышение внимание к эффективности работы стационарных подразделений на фоне низкой эффективности принимаемых мер.

Относительная стабильность показателя общебольничной летальности во взрослом стационаре (снижение на 0,14%), а также выраженная негативная динамика летальности новорожденных в перинатальном центре (увеличение на 5,65%) в 2014 году по сравнению с 2010 годом свидетельствует о низкой эффективности каких-либо мер, направленных на улучшение лечебной работы в стагнационном периоде (таблица 8).

Таблица 8 — Динамика общебольничного показателя летальности в стационарных отделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, %

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Взрослый стационар	2,74	2,5	3	2,7	2,6
Педиатрический стационар	0	0	0	0	0
Перинатальный центр	0,05 (ОРИТ новор.)	2,2 (ОРИТ новор.)	6,8 (ОРИТ новор.)	8,8 (ОРИТ новор.)	5,7 (ОРИТ новор.)
Дневной стационар	0	0	0	0	0

В ходе анализа медицинской деятельности организации в рамках определения предпосылок к внедрению эффективного контракта в деятельность медицинских организаций ЗелАО г. Москвы, исследовалась активность использования лабораторной и инструментальной диагностики в лечебном процессе (таблица 9).

Таблица 9 — Динамика числа выполненных диагностических исследований ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы

Показатель		Ед. изм.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Лабораторные исследования (стационар)	Количество	тыс.	1936,6	1958,0	2054,6	2008,8	1964,8
	Динамика	%	–	1,1	4,9	–2,2	–2,2
УЗ-исследования	Количество	тыс.	73,2	115,8	110,3	119,7	126,0
	Динамика	%	–	58,2	–4,7	8,5	5,2
Рентгенологические исследования, в т. ч. КТ и МРТ	Количество	тыс.	41,13	41,1	90,5	97,9	76,4
	Динамика	%	–	120,0	8,2	–22,0	–25,9
Функциональная диагностика и иные исследования	Количество	тыс.	66,9	85,9	79,2	73,8	75,8
	Динамика	%	–	28,4	–7,9	–6,8	2,6

В стагнационном периоде деятельности ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» отмечается неоднозначная динамика выполнения различных видов диагностических исследований, не соответствующих динамике пациентопотока, что на фоне высоких значений общебольничной летальности и среднего койко-дня можно объяснить не только сложностями материально-технического обеспечения и выходом из строя оборудования, но и бессистемным использованием диагностических методик, включая гипердиагностику и отсутствие системного контроля за обоснованностью их назначения и применения.

Таким образом, проблема низкой эффективности организации и управления медицинской деятельностью, а также необходимость повышения качества медицинской помощи в медицинских организациях в ЗелаО г. Москвы к концу 2014 году становятся одними из наиболее значимых предпосылок к внедрению эффективного контракта.

При анализе финансово-хозяйственной деятельности за период с 2010 по 2014 годы наблюдается увеличение совокупного бюджета ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (рис.3). Под совокупным бюджетом медицинской организации подразумевается все бюджетные и внебюджетные поступления финансовых средств. На графике четко прослеживается динамика всего стагнационного периода, когда ежегодный совокупный бюджет организации не превышает 1158,1 млн. рублей.

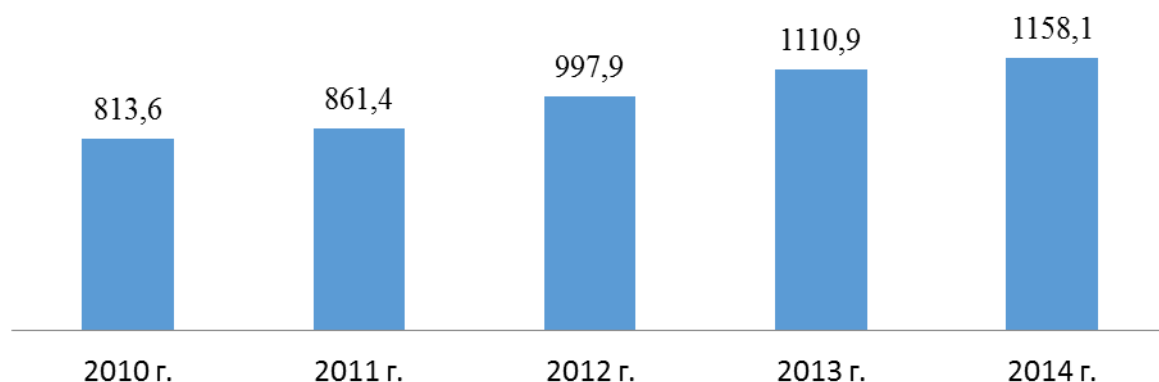


Рисунок 3 — Динамика совокупного бюджета ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, млн. руб.

Таким образом, в стагнационном периоде отмечается незначительный рост совокупного бюджета медицинской организации в стагнационном периоде, составивший +42,3% в 2014 году по сравнению с 2010 годом, что на фоне инфляции и роста расходов на ФОТ, обеспечения медицинской деятельности и жизнедеятельности организации является объективной предпосылкой к внедрению эффективного контракта.

В структуре финансовых поступлений в совокупный бюджет ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в наблюдаемый период, с 2010 по 2014 годы, отмечается незначительное увеличение доходов не только от оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования (рис. 4), но и от оказания платных медицинских услуг (рис. 5).

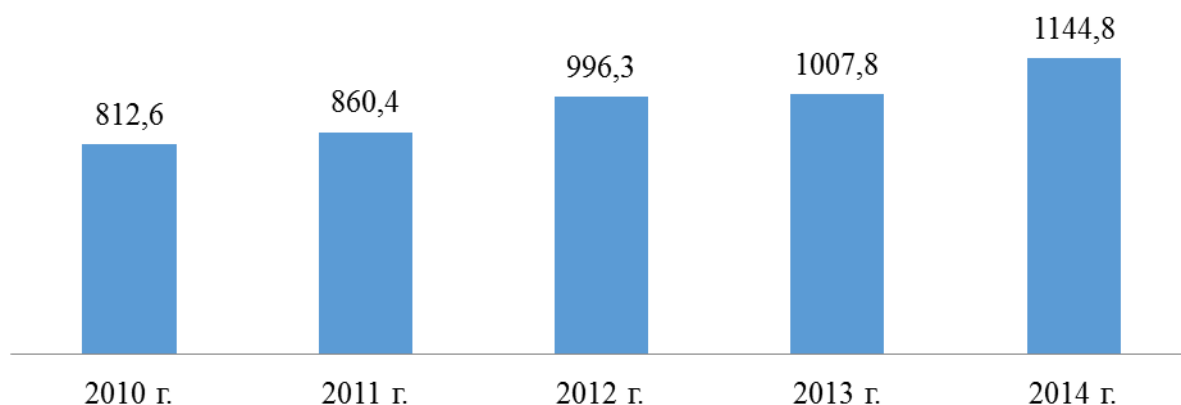


Рисунок 4 — Динамика доходов от оказания медицинских услуг по ОМС в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, млн. руб.

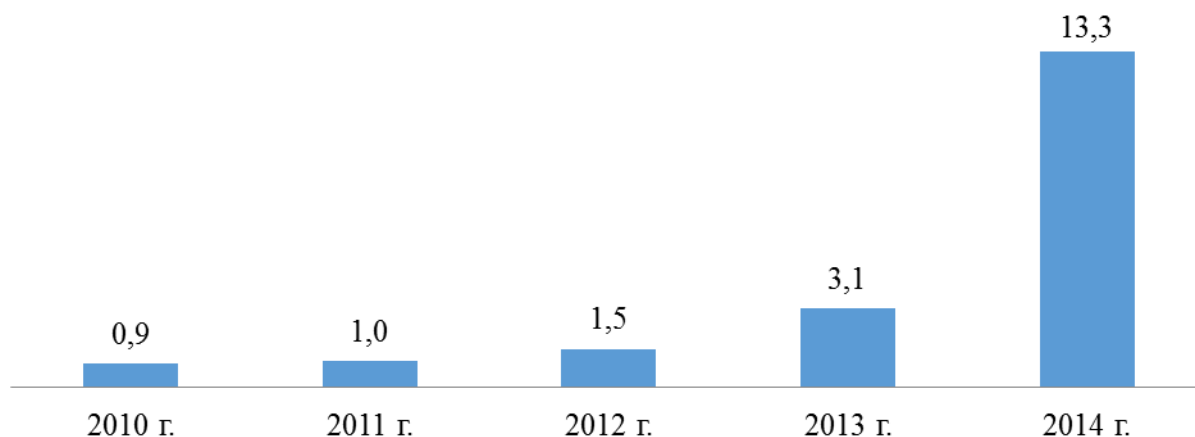


Рисунок 5 — Динамика доходов от оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, млн. руб.

В стагнационном периоде к 2014 году по сравнению с 2010 годом доход от оказания медицинской помощи пациентам в рамках ОМС увеличился в 1,4 раза (+40,9%), а от оказания платных медицинских услуг в 14,7 раз (+1377,7%). Столь выраженная в процентном исчислении динамика роста дохода от ПМУ в 2014 году на самом деле не является сильно значимой, так как в натуральном исчислении доход организации в 2014 году от ПМУ составил всего лишь 13,3 млн. руб. (1,1% от дохода ОМС).

Дальнейшие исследования были посвящены оценке показателей эффективности труда в медицинской организации.

3.2. Оценка эффективности организации труда медицинского персонала

В исследовании также проведен анализ динамики ключевых показателей эффективности организации труда в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ». Рассмотрены такие критерии эффективности, как численность ставок, выработка (нагрузка) медицинских услуг на 1 ставку, объем платных медицинских услуг с учетом распределения по категориям персонала.

В период стагнации 2010-2014г., отрицательная динамика изменений пациентопотока, объема коечного фонда и эффективности его использования, практически не отразилась на штатном расписании организации, что также подтверждает неэффективность проводимых в этот период мероприятий, по улучшению эффективности организации труда в клинике (рис. 6).

В 2014 году, в период максимального сокращения коечного фонда в стагнационном периоде в сравнении с 2013 годом, число штатов абсолютно не изменилось, а в сравнении с 2010 году возросло на 75,75 ставок (+3,7%).

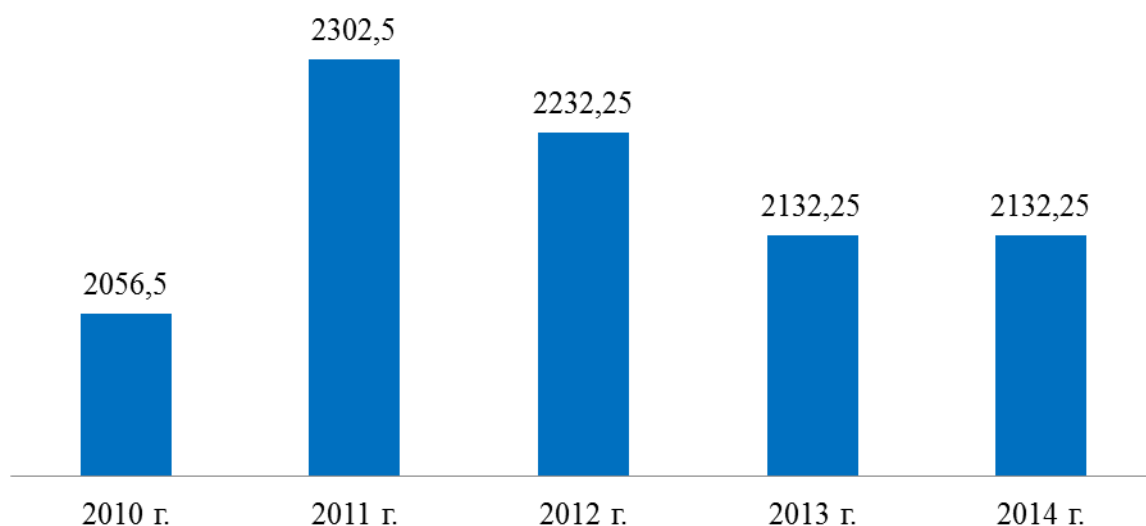


Рисунок 6 — Динамика штатов в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2010–2014 годы, ставки.

Незначительное динамика производительности труда и экономической эффективности стагнационного периода при оказании медицинских услуг в рамках ОМС подтверждается увеличением выработки комплексных медицинских услуг ОМС на одну ставку (+35,7%) в 2014 году по сравнению с 2010 годом (рис.7).

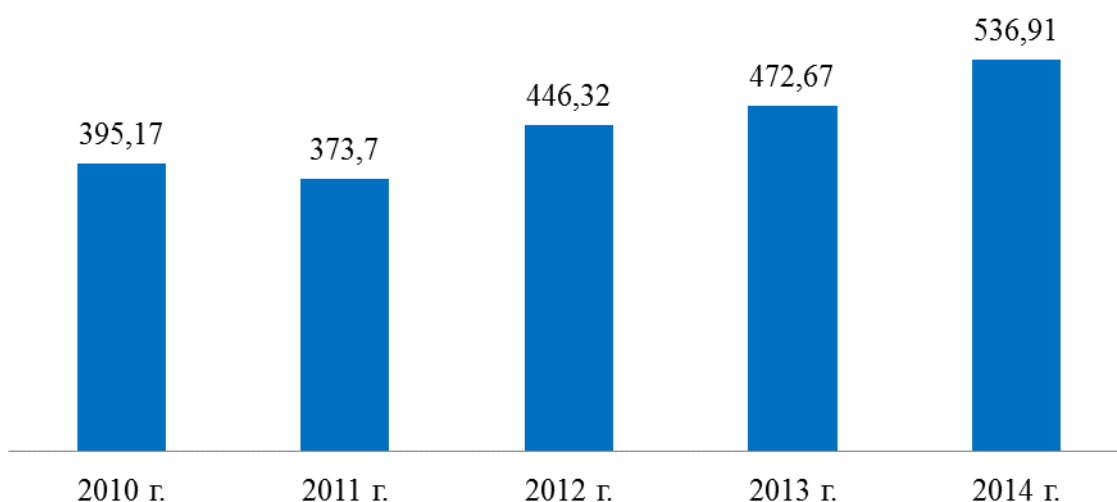


Рисунок 7 — Выработка комплексных медицинских услуг ОМС в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», на одну ставку, 2010–2014 годы, руб.

В стагнационном периоде деятельности медицинской организации производительность труда медицинских работников по оказанию платных медицинских услуг, не превышала 6248 рублей на 1 ставку в максимальном значении (2014 год), что обусловлено низкими объемами ПМУ, незаинтересованностью и отсутствием вовлеченности сотрудников в оказание платных медицинских услуг (рис.8).

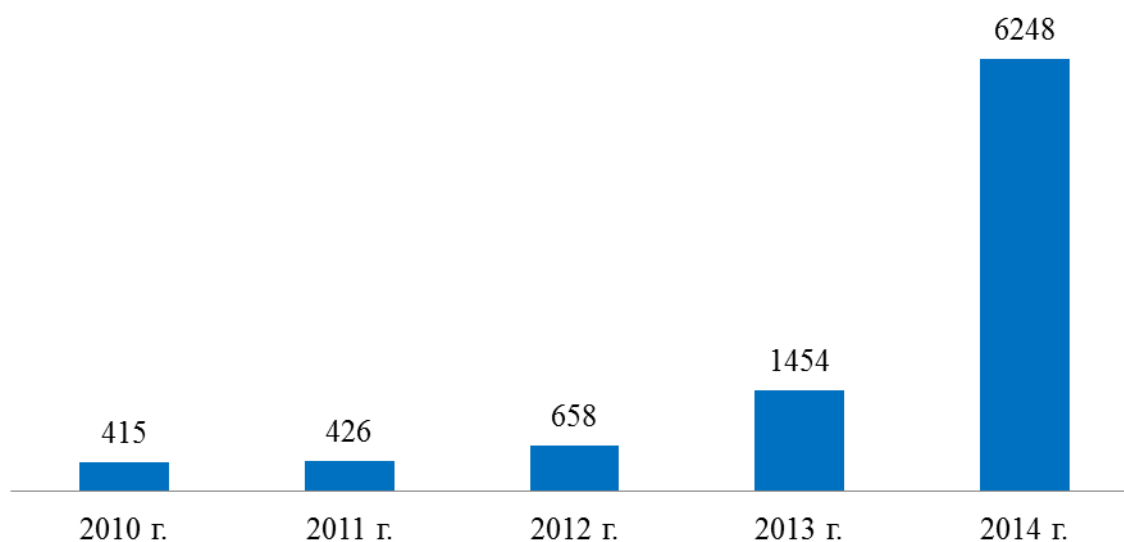


Рисунок 8 — Выработка платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», на одну ставку, 2010–2014 годы, руб.

При сравнении с 2010 годом динамика выработки при оказании платных медицинских услуг в 2014 году составила 6 248 руб. на 1 ставку (+1405, 5%).

На этом фоне в период 2012–2014 годом отмечаются различия в динамике среднемесячной производительности труда (выработке) в области платных медицинских услуг среди врачей и среднего медицинского персонала (таблица 10).

В стагнационном периоде, среднемесячная выработка ПМУ, по исследуемым категориям медицинских работников, ежегодно увеличивалась к 2014 году в сравнении с предыдущими годами, но не превысила 45 000 руб. у врачей и 20 000 руб. у среднего медицинского персонала.

Таблица 10 — Среднемесячная выработка платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» на 1 ставку по категориям медицинского персонала, 2012–2019 годы, руб.

Период	Категории сотрудников	Штатная численность сотрудников вовлеченных в оказании ПМУ, Ед.	Среднемесячная производительность труда (выработка ПМУ), руб.
2012 г.	Врачи	262,00	5 725,19
	СМП	523,00	2 868,07
2013 г.	Врачи	310,00	10 000,00
	СМП	709,00	4 372,36
2014 г.	Врачи	299,60	44 392,52
	СМП	685,80	19 393,41

Проблема стимулирования производительности труда в виде среднемесячной и среднегодовой выработки на одного медицинского работника в организации, так же явилась предпосылкой к переходу на эффективный контракт и потребовала создания условий, в том числе правовых, организационных, экономических, инфраструктурных, для удержания сложившихся темпов и дальнейшего динамичного роста производительности.

3.3. Влияние эффективного контракта на качество медицинской помощи

Оценка влияния эффективного контракта на качество медицинской помощи осуществлялась не только по данным медицинской деятельности, но и посредством сравнительной оценки динамики изменения) штрафных санкций, назначенных ФФОМС, МГФОМС и уполномоченными страховыми медицинскими организациями. Штрафы применялись к медицинской организации за доказанные проявления некачественного оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования по результатам проведенных экспертиз качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы в соответствии с правовыми актами Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации (Приказ ФФОМС от 01.12.2010 №230 и Письмо ФФОМС от 15 марта 2011 г. №1257/30-4/и). Под понятием «штраф», для соблюдения целей оценки эффективности внедрения эффективного контракта были приняты:

- а) непосредственно суммы взысканий с медицинской организации в пользу страховых медицинских организаций;
- б) суммы неоплаченной медицинской помощи организации в связи с результатами проведенных экспертиз качества оказываемой медицинской помощи.

Критерием для оценки качества медицинской помощи и динамики ее изменения в отчетный период (с 2011 по 2019 годы) выбран показатель удельного веса штрафа в общей сумме выручки по ОМС медицинской организации и динамика этого показателя во времени. Период 201 года не оценивался по причине отсутствия нормативной документации ФФОМС, четко определяющий критерии оценки качества медицинской помощи. Для критериев оценки результативности внедрения эффективного контракта не использовались абсолютные суммы штрафов, поскольку за рассматриваемый

период в деятельности уполномоченных страховых организаций наблюдались значительные изменения в понятиях, перечнях дефектов, коэффициентов отказа в медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и в стоимости тарифов ОМС.

Выявленные дефекты были сгруппированы по группам, согласно Приказа ФФОМС Российской Федерации от 1 декабря 2010 года №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и последующих изменяющих документов), регламентирующих порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В таблицах 11 и 12 приведена динамика штрафов (в% от выручки) для амбулаторной и стационарной сетей за период с 2011 по 2014 годы на этапе осуществления деятельности в рамках сложившихся трудовых отношений до эффективного контракта (стагнационный период).

Из приведенных данных можно сделать вывод, что в период до внедрения эффективного контракта наблюдалась отрицательная динамика качества оказания медицинской помощи в амбулаторных подразделениях медицинских организаций в виде общего увеличения объемов штрафных санкций ОМС практически по всем группам дефектов (суммарно +5,98% от выручки ОМС в 2014 году в сравнении с 2010 годом).

В 2014 году в сравнении с 2010 годом объемы штрафом по дефектам доступности медицинской помощи, увеличились на 0,95%, по дефектам медицинской помощи увеличились на 1,39%, по дефектам оформления медицинской документации — возросли на 2,14%.

Таблица 11 — Динамика штрафов по группам дефектов в амбулаторной сети (% от выручки ОМС), 2011–2014 годы

Виды дефектов		Сложившиеся трудовые отношения до внедрения эффективного контракта			
(Амбулаторные подразделения)		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
1	Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц	2,10	2,40	2,45	3,05
1.1	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации.	1,40	1,75	1,70	1,90
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.	0,10	0,10	0,20	0,25
1.3	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.	0,20	0,25	0,25	0,7
1.4	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0,40	0,30	0,30	0,20
3	Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи	2,20	2,60	3,05	3,59
3.1	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,03	0,03	0,05	0,10
3.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	1,29	1,37	1,70	1,70
3.3	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий.	0,00	0,01		0,05
3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,05	0,07	0,09	0,10
3.5	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,05	0,07	0,09	0,10
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,01	0,00	0,00	0,03

Виды дефектов		Сложившиеся трудовые отношения до внедрения эффективного контракта			
(Амбулаторные подразделения)		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
3.9	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской помощи	0,40	0,60	0,70	1,1
3.10	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	0,07	0,07	0,07	0,07
3.11	Непринятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	0,02	0,02	0,02	0,02
3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,30	0,30	0,30	0,3
3.13	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,00	0,00	0,00	0,00
3.14	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,05	0,06	0,01	0,02
4	Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	5,80	6,12	6,50	7,94
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,10	1,20	1,30	1,5
4.2	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	1,20	1,27	1,10	1,2
4.3	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,55	0,42	0,40	0,43
4.4	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,65	0,53	0,50	0,7
4.5	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	0,20	0,10	0,10	0,21
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	2,10	2,60	3,10	3,9
	Итого:	10,10	11,12	12,00	16,08

Таблица 12 — Динамика штрафов ОМС по группам дефектов в стационарной сети (% от выручки ОМС), 2011–2014 годы

Виды дефектов		Сложившиеся трудовые отношения до внедрения эффективного контракта			
(Стационарные подразделения)		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
1	Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц	0,9	1	1,1	1,27
1.1	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации.	0,5	0,5	0,55	0,55
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.	0,05	0,1	0,1	0,12
1.3	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.	0,2	0,2	0,2	0,3
1.4	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0,15	0,15	0,2	0,25
1.5	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0	0,05	0,05	0,05
3	Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи	2,2	2,53	2,98	3,45
3.1	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,03	0,03	0,05	0,06
3.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	1,13	1,21	1,54	1,6
3.3	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий.	0	0,01	0,02	0,03
3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,05	0,07	0,09	0,1
3.5	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,05	0,07	0,09	0,12

Виды дефектов		Сложившиеся трудовые отношения до внедрения эффективного контракта			
(Стационарные подразделения)		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,01	0	0	0
3.7	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	0,09	0,09	0,09	0,15
3.8	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,07	0,07	0,07	0,07
3.9	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской помощи	0,4	0,6	0,7	0,9
3.1 1	Неряние мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	0,02	0,02	0,02	0,02
3.1 2	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,3	0,3	0,3	0,35
3.1 3	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0	0	0	0
3.1 4	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,05	0,06	0,01	0,05
4	Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	5	5,3	5,45	6,4
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	0,58	0,6	0,65	0,75
4.2	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	1,7	1,75	1,7	1,9
4.3	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,2	0,25	0,3	0,4
4.4	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	2	2	2	2,5
4.5	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	0,02	0,05	0,05	0,05
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	0,5	0,65	0,75	0,8
Итого		9,7	10,4	10,6	12,82

В период до внедрения эффективного контракта наблюдалась отрицательная динамика качества оказания медицинской помощи в стационарах медицинских организаций, в виде общего увеличения объемов штрафных санкций ОМС, практически по всем группам дефектов (суммарно +3,12% от выручки ОМС в 2014 году в сравнении с 2010 годом). В 2014 году в сравнении с 2010 годом объемы штрафом по дефектам доступности медицинской помощи, увеличились на 0,37%, по дефектам медицинской помощи возросли на 1,25%, по дефектам оформления медицинской документации увеличились на 1,4%.

Таким образом, к основным предпосылкам внедрения системы эффективного контракта в деятельность государственных медицинских организаций можно отнести:

- 1) низкую эффективность организации и управления медицинской деятельности организации, в т.ч. использования коечного фонда;
- 2) низкие показатели экономической деятельности медицинской организации;
- 3) низкую эффективность трудовой деятельности персонала организации при высокой численности персонала;
- 4) низкое качество медицинской помощи.

На основании проведенного анализа деятельности медицинских организаций ЗелАО г. Москвы и сформированных предпосылок в 2015 году было принято решение о разработке и внедрении эффективного контракта в их деятельность.

ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА ОСНОВНЫХ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОЛОЖЕНИЙ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1. Разработка основных положений эффективного контракта и механизма оценки эффективности трудовой деятельности

Проведенный анализ деятельности базовых медицинских организаций показал, что по завершении подготовительного периода, к концу 2016 года, сложилась ситуация, при которой внедрение принципов эффективного контракта могла явиться существенным стимулом для улучшения качества оказываемых медицинских услуг и совершенствовании трудовой мотивации сотрудников.

Формулирование основных положений «эффективного контракта», поскольку он, по сути, является «продолжением» и неотъемлемой частью трудового договора, не должно менять существенно содержание последнего. Для обеспечения этого эффективный контракт должен соответствовать следующим требованиям.

1. Соответствовать положениям Трудового кодекса РФ.
2. Соответствовать требованиям Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 05.07.2016г. №336н «Об утверждении Положения об оплате труда работников федеральных казенных учреждений медико-социальной экспертизы, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации».
3. Соответствовать требованиям прочих действующих нормативных актов по совершенствованию оплаты труда федерального и регионального значения.

В зависимости от состояния системы локальных актов медицинской организации, приоритетов ее руководства, переход на него может быть реализован:

- путем составления соответствующего приложения к коллективному договору медицинской организации;
- путем утверждения приказом главного врача Положения о выплатах стимулирующего характера работникам, переведенным на «эффективный контракт» и включения соответствующего приложения в трудовые договоры с данными сотрудниками.

Выбор того или иного способа внедрения эффективного контракта, тем не менее, требует уточнения его основных положений. Основные элементы «эффективного контракта» реализуются в соответствующем локальном акте медицинской организации.

В число основных элементов эффективного контракта целесообразно включать:

- 1) общие положения и принципы перехода медицинской организации к эффективному контракту, содержащие правовую основу эффективного контракта и его структуру;
- 2) порядок установления надбавок за качество выполненных работ и оказанных медицинских услуг, интенсивность трудовой деятельности и особые условия труда;
- 3) установление оснований для невыплаты надбавок медицинскому работнику;
- 4) организация работы временного органа (временной комиссии), ответственного за утверждение оснований для выплаты или невыплаты надбавок медицинским работникам;
- 5) система критериев и показателей оценки медицинских работников.

Порядок установления надбавок за качество, эффективность, высокие результаты, интенсивность и особые условия труда должен раскрывать ключевые принципы и правила установления надбавок с учетом основных направлений, текущего состояния функционирования медицинской организации, его финансовых ресурсов, задач организации, запросов и

требований пациентов, требований контрольных ведомств и др. В рамках устанавливаемого порядка надбавок в соответствии с идеями эффективного контракта требуется предусмотреть (в зависимости от задач медицинской организации) следующее.

1. *Способ установления надбавок* для категории и специальностей медицинских работников.

Целесообразно выделить следующие подходы к установлению надбавок медицинскому персоналу, которые могут использоваться медицинскими организациями:

- единый подход — когда для всех категорий персонала используется единый способ установления надбавок (например, как% от должностного оклада);
- дифференцированный подход, когда применяются различные способы установления надбавок для различных категорий персонала (например, для одной категории медицинского персонала используется надбавка в виде% от должностного оклада, а для другой надбавки осуществляются из образованного за счет дополнительных доходов медицинской организаций фонда).

К конкретным способам надбавок, которые могут применяться в медицинских организациях (в зависимости от состояния локальных актов и конкретных подходов медицинской организации) можно отнести:

- % к должностному окладу медицинского персонала;
- дополнительная оплата в соответствии с условной стоимостью балла, набранного персоналом по итогам расчетного периода;
- дополнительная оплата из фонда медицинской организации, образованного в результате доходов от предоставления платных услуг;
- дополнительные надбавки за квалификационные категории, научные и практические достижения в абсолютных значениях при

достижении показателей эффективного контракта и финансовой возможности организации.

2. *Границы надбавок* — их минимальные и (или) максимальные значения, в зависимости от достигнутых или недостигнутых показателей эффективного контракта. Порядок применения конкретного размера надбавки будет напрямую связан с фактическими значениями достижения нормативных показателей эффективного контракта для каждой категории медицинских работников, с учетом или без учета принадлежности сотрудника к определенной профессиональной квалификационной группе (далее — ПКГ) и др. Здесь также не может быть единого подхода и возможны различные способы установления границ надбавок:

- использование условно постоянных, не меняющихся в зависимости от степени достижения нормативных значений эффективного контракта надбавок. В рамках данного способа на протяжении длительного периода используются стабильный, единый размер надбавок, варьирующийся только в зависимости от категории персонала;

- использование верхних и нижних границ надбавок. Здесь могут быть заданы конкретные количественные значения размера надбавок (например, от 5 до 20% к окладу медицинского работника), либо вариативные значения в зависимости от степени достижения целевых показателей эффективного контракта (например, максимальный размер надбавки при достижении целевых показателей эффективного контракта свыше 90%). Установление границ надбавок будет зависеть от следующих факторов:

- ✓ финансовых возможностей медицинской организации в части формирования фонда оплаты труда;
- ✓ адресатов надбавок, их профессиональной квалификационной группы, специальности медицинского работника;

- ✓ целей медицинской организации по изменению качества оказываемой медицинской помощи;
- ✓ наличия или отсутствия дополнительных финансовых ресурсов, которые могут быть использованы для стимулирования труда медицинских работников.

3. *Выбор видов надбавок:* универсальные, используемые вне зависимости от индивидуально-профессиональных качеств медицинского работника и персональные надбавки, установление которых зависит от достижений каждого конкретного работника;

Кроме указанных минимальных надбавок за качество выполняемых работ, работнику в медицинской организации могут быть установлены персональные надбавки с учетом:

- уровня профессиональной подготовки;
- сложности выполняемой работы;
- важности выполняемой работы;
- степени самостоятельности при выполнении поставленных задач;
- степени ответственности;
- стажа работы общего и в конкретной организации;
- других факторов.

4. *Периодичность надбавок.* Как показывает практика внедрения эффективного контракта, в качестве базового периода применения надбавок целесообразно использовать стандартный промежуток, равный месяцу. Вместе с этим, рекомендуем также использовать квартальные значения достижения показателей эффективности и, для всех категорий персонала, полугодовые и годовые периоды, по прошествии которых медицинским работникам могут выплачиваться определенные виды премий.

5. *Выбор лиц, ответственных за принятие решения о выплате общих и индивидуальных надбавок.* К таким лицам относится прежде всего

руководитель медицинской организации и, при штатных возможностях, названные функции могут выполнять его заместители.

Немаловажное значение в механизме эффективного контракта имеют основания невыплаты надбавок, также имеющие определенное мотивационное значение для медицинских работников. Основания невыплаты надбавок медицинским работникам, которые переведены на «эффективный контракт» могут быть разделены на две группы:

а) связанные с недостижением принятых показателей в эффективном контракте

б) обусловленные дисциплинарными нарушениями или некачественным выполнением функциональных (должностных) обязанностей медицинским работником.

В рамках первой группы оснований, для целей повышения качества оказываемой медицинской помощи, напрямую связанной с качеством выполнения медицинскими работниками возложенных на них обязанностей, предложено нижнюю границу достижения плановых показателей устанавливать при выполнении плановых показателей в размере не менее 80% от общей суммы возможных баллов медицинского работника.

Другие основания невыплаты надбавок имеют качественный характер и могут выразиться:

- в неисполнении или ненадлежащем исполнении должностных обязанностей работника;
- неисполнении поручений главного врача или непосредственного руководителя работника;
- других фактах нарушений трудовой и исполнительской дисциплины;
- замечаниях и нарушениях, выявленных в ходе проверок контрольных и надзорных органов, входящих в зону ответственности

работника и ставших результатом ненадлежащего выполнения своих трудовых обязанностей;

- нарушениях работниками санитарно-эпидемиологического режима;
- наличии у работника дисциплинарных взысканий в отчетном периоде;
- выявлении фактов взимания денежных средств с пациентов за оказанную медицинскую помощь, предоставляемую в рамках программ государственных гарантий бесплатно;
- отсутствии экономии по фонду заработной платы (для работников экономических служб).

Организация работы, состав и функции временного органа (временной комиссии), ответственного за утверждение оснований для выплаты или невыплаты надбавок медицинским работникам, закрепляется в соответствующем локальном документе организации. В функции Комиссии, закрепленные в соответствующем положении, на основании применения метода экспертных оценок признано целесообразным включать:

- оценку выполнения показателей работниками всех структурных подразделений (или подразделения) медицинской организации;
- составление протокола по итогам проверки степени исполнения работниками показателей эффективного контракта;
- ознакомление работников в результатами оценок и размером надбавок или причиной их неначисления;
- участие в распределении финансовых средств, предназначенных для премирования по структурным подразделениям;
- расчет и утверждение размера премии руководящему составу медицинской организации;
- принятие и рассмотрение претензий медицинских работников по результатам оценок;

– оформление приказа о распределении стимулирующих выплат работникам.

В зависимости от масштабов деятельности медицинской организации, комиссия может быть одно- и двухуровневой. В состав комиссии, кроме заведующего отделением, старшей медицинской сестры, представителя профсоюзной организации могут включаться работники плановых и бухгалтерских отделов, специалисты отдела кадров и другие участвующие в оценке работников и начислении им стимулирующих выплат.

Распределение стимулирующих выплат работникам может осуществляться на основе двух подходов:

1) с прямой привязкой к существующему фонду оплаты труда и полному использованию доступного бюджета на выплату стимулирующих выплат;

2) исходя из фактически набранных работниками баллов и целей руководителей организации по повышению мотивации работников и качества оказания медицинской помощи.

В первом случае для осуществления выплат используется часть бюджета медицинской организации, предназначенная для стимулирующих выплат, а условная «стоимость» одного балла выплат (при достижении работниками минимальных плановых критериев качества) будет рассчитываться как отношение доступного бюджета медицинской организации к максимальному количеству баллов, которое может быть достигнуто персоналом отделения. Во втором случае не осуществляется жесткой привязки к выделенной части бюджета и происходит распределение средств исходя из фактически набранных процентных значений медицинскими работниками.

Если названные выше положения эффективного контракта составляют преимущественно его организационно-правовую основу, то система

критериев и показателей оценки медицинских работников является центральным элементом эффективного контракта. Методические рекомендации по формированию критериев оценивания медицинских работников будут предложены в следующем разделе.

Основные элементы «эффективного контракта» реализованы в соответствующем локальном акте медицинской организации.

4.2. Разработка критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников при внедрении эффективного контракта, на уровнях организации трудовой деятельности в медицинской организации: «сотрудник» – «подразделение» – «служба» (филиал) – «организация»

На основании ранее проведенных исследований и сформированных предпосылок к внедрению эффективного контракта, трудовых функций и должностных обязанностей сотрудников, были разработаны показатели и критерии эффективности труда для всех категорий медицинского персонала организации. Непосредственные примеры показатели оценки для специалистов различного уровня, категорий и специализации приведены в Приложении 8. В данном разделе охарактеризованы основные требования, принципы и методические предложения по разработке критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников.

В основе процесса формирования критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников лежит триада базовых требований: содержание трудовой функции работника, обеспечение качества медицинской помощи пациентам и достижение задач медицинской организации (рис. 9).



Рисунок 9 — Триада, образующая единство базовых требований к формированию критериев оценки медицинских работников.

Невозможно провести формирование критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников без учета функций, исполняемых персоналом медицинской организации. Медицинские работники, исполняя свои трудовые функции, вносят прямой вклад в достижение целей медицинской организации и повышение качества оказания медицинской помощи.

Трудовая функция — первая составляющая выбора критериев оценки работников организации, основанная на «сетевом» методе планировании должностных обязанностей и формирования штатного расписания подразделений и организации в целом. Понятие трудовой функции работника подразумевает содержание трудовых обязанностей конкретного работника, выраженное в емком, сконцентрированном виде.

Качество медицинской помощи — следующая составляющая выбора критериев оценки медицинских работников, которая должна учитывать нормативное понимание данного термина.

В частности, Федеральный закон от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет качество медицинской помощи как «совокупность характеристик, отражающих

своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Таким образом, формируемые критерии и показатели оценки медицинских работников, кроме содержания их трудовых функций, должны учитывать возможности оценки:

- своевременности оказания медицинской помощи (временные показатели эффективного контракта, которые отражают входящие в обязанности конкретной штатной единицы профилактические, превентивные мероприятия как среди населения, так и среди пациентов медицинской организации);

- правильности выбора методов профилактики при оказании медицинской помощи;

- правильности выбора методов диагностики пациентов;

- правильности выбора методов лечения пациентов;

- правильности выбора методов реабилитации пациентов при оказании медицинской помощи.

Третья составляющая, учитываемая при отборе критериев и показателей оценки медицинских работников, — **цели медицинской организации**. Цели медицинской организации имеют приоритетное значение для ее эффективного функционирования и могут быть разделены на группы:

- финансовые цели, состоящие в увеличении доходов и поступлений медицинской организации от оказываемых платных услуг;

- цели по комфортному пребыванию пациентов в медицинской организации и комфортному получению ими медицинской помощи, а также по поддержанию и усилению удовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг в медицинской организации;

- цели, связанные с постоянным повышением уровня профессиональной квалификации работников медицинской организации.

Таким образом, декомпозиция критериев оценки труда медицинского работника исходит из необходимости учета названных выше требований (рис. 10).

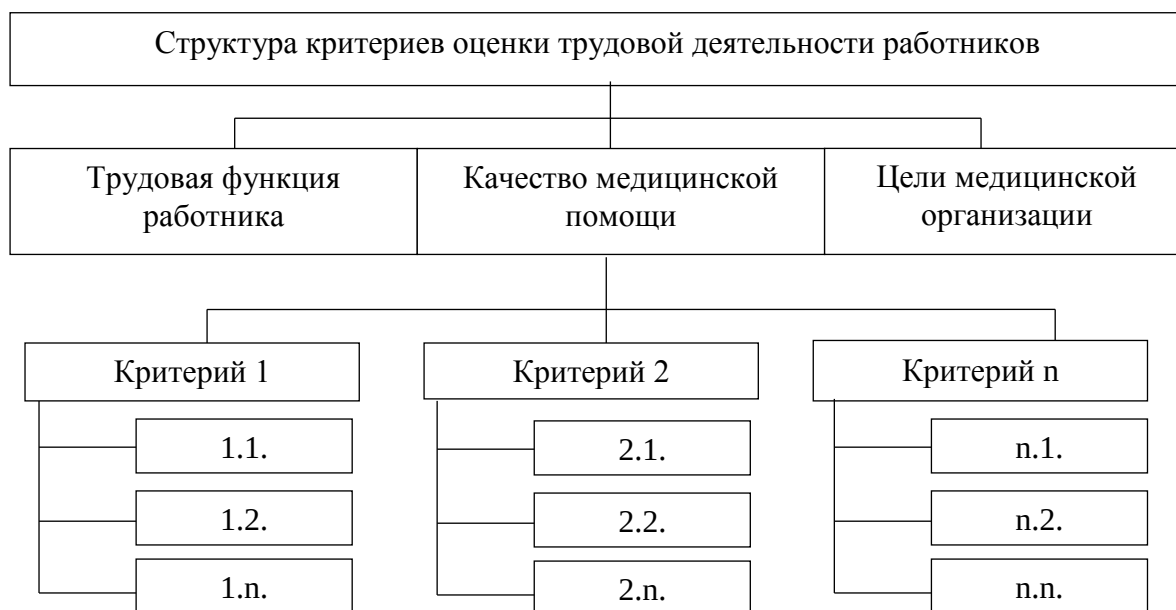


Рисунок 10 — Общая схема отбора критериев оценки эффективности труда медицинских работников.

Установление критериев оценки трудовой деятельности конкретных штатных единиц потребовало проведения анализа исполняемой ими трудовой функции, изучения вклада в достижение качества медицинской помощи и вклада в достижение целей медицинской организации. К примеру, декомпозиция критериев оценивания заведующих отделением осуществлялась по следующим, связанным с их деятельностью трудовым функциям, вкладом в качество оказываемых медицинских услуг (предоставляемой медицинской помощи) и вкладом в основные цели деятельности организации:

1. Выполнение отделением утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности, в том числе в рамках Государственного задания, Программы Государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и объемных показателей деятельности для платных медицинских услуг, согласно установленных в медицинской организации плановых и объемных и финансовых показателей для отделения.

2. Доступность профильной медицинской помощи (медицинских услуг) в отделении.

3. Качество оказываемой медицинской помощи в отделении по фактически выявленным дефектам их оказания (осложнения, связанные с действиями персонала, динамика послеоперационной летальности, наличие или отсутствие расхождений по 2-й и 3-й категории дефектов, дефекты ведения медицинской и служебной документации, оценка работы заведующего отделением по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и т.п.).

4. Качество оказываемой медицинской помощи и осуществляемой деятельности отделением по результатам оценки деятельности медицинской организации контрольными и надзорными органами.

5. Удовлетворенность качеством оказываемой в отделении медицинской помощи и медицинских услуг пациентов (отсутствие или наличие жалоб, результаты анкетирования).

6. Выполнение планов-графиков по оказанию профилактических, диагностических, реабилитационных и иных медицинских услуг (медицинской помощи).

7. Исполнительская дисциплина и качество исполнения трудовых обязанностей сотрудниками подразделения (письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению утвержденной медицинской и служебной документации, правил внутреннего трудового распорядка, санитарно-эпидемиологического режима, должностных обязанностей, и т.п.).

8. Научная активность медицинских работников отделения, санитарно-просветительская работа, участие в имиджевых профессиональных мероприятиях.

Отбор критериев и показателей оценки эффективности медицинских работников осуществлялся на основе смешанного подхода, где баллы по

выбранным критериям присваивались в зависимости от специфики конкретного критерия и его возможных вариаций. следующих подходов.

Ключевое значение при отборе показателей имеет порядок их оценивания и возможный разброс баллов в зависимости от фактического значения оцениваемого показателя. Для решения этой задачи, применялся следующий подход.

1. Для показателей, имеющих конкретное количественное выражение и поддающихся измерению, значения которых должны быть близки к 100%, целесообразно разделять шкалы оценки на несколько интервалов. Диапазон интервалов будет зависеть от целей конкретной медицинской организации и может распределяться с различным шагом (не более 10%).

2. Для показателей, состояние которых определяется наличием или отсутствием факта благоприятного или неблагоприятного события (например, дефекты оказания медицинской помощи, письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей, наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов и др.), целесообразно использовать двоичную оценку, при этом размерность баллов также будет определяться спецификой каждой конкретной медицинской организации. Например, если отсутствие замечаний от контролирующих органов являются критичным в деятельности медицинской организации, то факт его наличия может оцениваться как минимальной оценкой (0), так и отрицательными оценками, которые снижают итоговую оценку работника.

3. При формировании шкалы оценок ее нижние границы могут быть не только нулевыми или близкими к нулю, но и отрицательными, в случае если оцениваемый показатель имеет критическое значение для деятельности медицинской организации.

Система показателей и критериев эффективности для медицинских работников при внедрении эффективного контракта, на уровнях организации трудовой деятельности в медицинской организации: «сотрудник» - «подразделение» - «служба» (филиал) – «организация»

Выбор показателей и критериев эффективности для медицинских работников осуществляется на основе следующих требований и принципов:

- учет потребностей в обеспечении оказания качественных медицинских услуг;
- соответствие отбираемых показателей должностным обязанностям и зоне ответственности сотрудника;
- отбор показателей в соответствии с реальными возможностями сбора и обработки данных для их расчета;
- обеспечение доступности расчетов при формировании показателей для работников медицинской организации.

Показатели оценки деятельности специалистов различного уровня, категорий и специализации, разработанные для медицинских организаций и внедренные в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» приведены в Приложении 8.

4.3. Основные элементы эффективного контракта, разработанные для внедрения в медицинской организации

В ходе исследования нами подготовлены основные элементы эффективного контракта, разработанные для внедрения в медицинских организациях ЗелАО г. Москвы.

С этой целью для последующего внедрения эффективного контракта первостепенной задачей стала разработка Положения о стимулирующих выплатах, как основного внутреннего документа, регулирующего механизм трудовой мотивации, а также премирования или депремирования работников.

Положение разрабатывалось с привлечением специалистов, ответственных за контроль качества медицинской деятельности и формирование трудовой мотивации персонала и повышение качества основного процесса оказания медицинской помощи и вспомогательных процессов. Также, с привлечением указанных специалистов и применения метода экспертных оценок был разработан механизм внедрения эффективного контракта, критерии оценки трудовой деятельности медицинских работников при внедрении эффективного контракта, маршрутная карта перехода к эффективному контракту, а также основные подходы к осуществлению контроля за соблюдением качества и сроков реализации этой работы.

Положение о стимулирующих выплатах (далее – Положение) разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Трудовым кодексом РФ;

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11. 2012г. №2190-р «Об утверждении программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы»;

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012г. №2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»;

Приказом Минтруда России от 26.04.2013г. №167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта»

Постановлением Правительства Москвы от 24.10.2014г. №619-ПП «О новых системах оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы».

В разработанное Положение о стимулирующих выплатах были включены регуляторные решения для следующих вопросов мотивации медицинского персонала организации:

- 1) порядок установления надбавки за качество и эффективность выполняемых работ;
- 2) основания для не начисления надбавок за качество и высокие объемные результаты выполняемых работ.
- 3) порядок установления надбавки за интенсивность и высокие объемные результаты работы;
- 4) порядок установления других премиальных выплат;
- 5) порядок работы временного органа (комиссии), ответственной за распределение стимулирующих выплат работникам;
- 7) раскрытие системы критериев и показателей эффективности для медицинских работников при внедрении эффективного контракта, на уровнях организации трудовой деятельности в медицинской организации: «сотрудник» - «подразделение» - «служба» (филиал) – «организация».

С целью стимулирования медицинских работников в рамках внедрения эффективного контракта, комиссией по распределению стимулирующих выплат, было принято следующее решение о применении следующих видов надбавок и выплат:

- надбавка за интенсивность работы и высокие объемные результаты работы;
- надбавка за квалификационную категорию;
- надбавка за качество и эффективность трудовой деятельности;
- единовременные премиальные выплаты.

Порядок установления надбавок за интенсивность и высокие объемные результаты работы.

Одной из важнейших составляющих эффективного контракта является надбавка за интенсивность и высокие объемные результаты работы.

В соответствии с разработанным Положением надбавка выплачивается на срок не более 1 года на основании приказа руководителя медицинской организации, по ходатайству Комиссии по распределению стимулирующих выплат. Руководитель медицинской организации также вправе изменять размер надбавки в течение времени ее действия.

Границы надбавок за интенсивность высокие результаты работы были определены решением комиссии по представлению руководителя медицинской организации:

- минимальный размер — 5% должностного оклада;
- максимальный размер — 20% должностного оклада

В качестве оснований для установления ответственными лицами медицинской организации надбавки за интенсивность определены:

- интенсивность и напряженность работы;
- особый режим работы;
- участие работника в реализации национальных и региональных программ проектов;
- участие работников в организации и проведении мероприятий по повышению авторитета и имиджа медицинской организации среди населения;
- высокие показатели производительности труда (в т.ч. не связанных с исполнением непосредственных должностных обязанностей);
- высокий уровень компетентности работника;
- выполнение срочных и особо важных работ;
- ведение специальной учетно-отчетной документации,
- материальная ответственность,

- выполнение контрольных мероприятий.

Размер надбавки может быть снижен или надбавка вовсе отменена при:

- неисполнении или ненадлежащем исполнении работником своих должностных обязанностей;
- снижении интенсивности труда;
- нарушения работников трудовой дисциплины;
- отсутствия средств в фонде стимулирования работников;
- наличии замечаний и нарушений, выявленных в ходе проверок контрольных и надзорных органов, входящие в зону ответственности работника и ставшие результатом ненадлежащего выполнения своих трудовых обязанностей;
- нарушении работниками санитарно-эпидемиологического режима;
- наличии у работника дисциплинарных взысканий в отчетном периоде;
- выявлении фактов взимания денежных средств с пациентов за оказанную медицинскую помощь, предоставляемую в рамках программ государственных гарантий бесплатно.

Надбавка за высокие результаты работы и интенсивность также начисляется в% от должностного оклада специалистов вне зависимости от профессиональной квалификационной группы и квалификационного уровня работников, согласно финансовой возможности организации.

В дополнение к надбавке за интенсивность и высокие объемные показатели труда, с целью стимулирования медицинских работников к повышению профессиональной квалификации, в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» предусмотрены процентные надбавки за квалификационную категорию в размерах:

- для медицинских работников высшей квалификационной категории 10%;

- для медицинских работников первой квалификационной категории 6%;
- для медицинских работников второй квалификационной категории 3%.

Данные виды надбавок, как способы стимулирования работников, тесно связаны с надбавкой за качество и эффективность работы и дополняют ее.

Порядок установления надбавок за качество и эффективность трудовой деятельности

В рамках реализации в медицинской организации порядка установления надбавок и выплат медицинскому персоналу был определен способ начисления надбавки за качество и эффективность трудовой деятельности.

Учитывая низкую эффективность трудовой мотивации путем определения объема стимулирующих выплат на длительный период в виде фиксированного процента от должностного оклада медицинского персонала, повышенное внимание коллектива к субъективности метода — данный способ установления надбавки за качества трудовой деятельности был прекращен.

Также, учитывая применение дифференцированного балльного подхода к оценке качества трудовой деятельности медицинских работников, — вариант расчета начисления надбавок за качество и эффективность труда в рамках эффективного контракта, в виде расчета процента от должного оклада работника в соответствии с результатами работы за выбранный период, не применялся.

Объем начисляемых работнику надбавок за качество и эффективности трудовой деятельности, был определен методом экспертных оценок, путем присвоения, набранным в ходе оценки деятельности работника баллам, денежного эквивалента в соответствии с планируемым фондом стимулирования.

Стоимость денежного эквивалента 1 балла рассчитывалась из суммы премиального фонда за отработанный период, разделенной на сумму максимального количества баллов, которые могут набрать сотрудники организации.

$$\text{Стоимость 1 балла, руб} = \frac{\text{Сумма премиального фонда, руб.}}{\text{Максимум баллов эффективности, ед.}}$$

Максимальные значения надбавки за качество и эффективность работы определяются суммой баллов, в зависимости от профессиональной квалификационной группы и квалификационного уровня работников в соответствии с финансовой возможностью организации. Соответствие должностей медицинских и фармацевтическим работникам, а также должностей работников, занятых в сфере здравоохранения — определенным ПКГ и квалификационным уровням определено приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 августа 2007 г. №526 «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников» и от 31 марта 2008 г. №149н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг». Руководителям и иным медицинским работникам, не включенным в ПКГ (заместитель главного врача, главная медицинская сестра) — фиксированные надбавки за качество и эффективность труда также не устанавливались, а расчет стимулирующих выплат проводился исходя из количества набранных баллов критериев эффективности трудовой деятельности. Пример установления размеров надбавок за качество и эффективность трудовой деятельности приведен в таблице 13.

Таблица 13 — Пример установления размеров надбавок за качество и эффективности трудовой деятельности в зависимости от ПКГ и квалификационного уровня в медицинских организациях

Наименование ПКГ и квалификационного уровня	Наименование должности	Размер надбавки, баллы
Не определены	Заместитель главного врача. Заведующий филиалом. Главная медицинская сестра	100
ПКГ «Руководители структурных подразделений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием»		
1-й квалификационный уровень	Заведующий структурным подразделением (отделом, отделением, лабораторией кабинетом, отрядом и др.), кроме заведующих отделениями хирургического профиля стационаров. Начальник структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и др.)	70
2-й квалификационный уровень	Заведующий отделением хирургического профиля стационаров (анестезиологии-реанимации, реанимации и интенсивной терапии, патологоанатомических, судебно-медицинской экспертизы)	70
ПКГ «Врачи и провизоры»		
1-й квалификационный уровень	Врач-стажер	50
2-й квалификационный уровень	Врачи-специалисты (кроме отнесенных к 3 и 4 квалификационным уровням). Провизор-технолог	50
3-й квалификационный уровень	Врачи-специалисты стационарных подразделений ЛПУ Врачи-терапевты участковые. Врачи общей практики (семейные врачи) (кроме отнесенных к 4 квалификационному уровню)	50
4-й квалификационный уровень	Врачи-специалисты хирургического профиля, оперирующие в стационарах ЛПУ. Старший провизор. Врач-анестезиолог-реаниматолог. Врач-патологоанатом	50
ПКГ «Средний медицинский и фармацевтический персонал»		
1-й квалификационный уровень	Инструктор по лечебной физкультуре. Медицинский статистик. Медицинская сестра стерилизационной. Медицинский регистратор	30
2-й квалификационный уровень	Помощник врача по гигиене детей и подростков (врача по общей гигиене, врача-эпидемиолога). Медицинская сестра диетическая. Лаборант. Рентгенолаборант	40

Наименование ПКГ и квалификационного уровня	Наименование должности	Размер надбавки, баллы
3-й квалификационный уровень	Медицинская сестра. Медицинская сестра палатная (постовая). Медицинская сестра патронажная. Медицинская сестра приемного отделения. Медицинская сестра по физиотерапии. Медицинская сестра по массажу. Медицинская сестра по приему вызовов и передаче их выездным бригадам. Медицинская сестра участковая. Медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант). Фармацевт	40
4-й квалификационный уровень	Акушерка. Операционная медицинская сестра. Медицинская сестра-анестезист. Медицинская сестра процедурной. Медицинская сестра перевязочной. Медицинская сестра врача общей практики. Медицинский технолог	40
5-й квалификационный уровень	Старшая медицинская сестра (акушерка, фельдшер, операционная медицинская сестра). Заведующая молочной кухней. Заведующий аптекой ЛПУ. Заведующий здравпунктом — фельдшер (медицинская сестра)	50
ПКГ «Медицинский и фармацевтический персонал первого уровня» (санитарка, младшая медицинская сестра)		
1-й квалификационный уровень	Санитарка. Санитарка (мойщица). Младшая медицинская сестра по уходу за больными. Сестра-хозяйка	20

Применение метода экспертных оценок для установления размеров надбавок за качество выполняемых работ объективизирует фактическое количество баллов, набранных персоналом (меньше планового максимума), и позволяет получить экономию средств от стимулирующих выплат. Полученные в результате объективной экономии средства расходуется на иные (единовременные) премиальные выплаты или на нужды организации. Периодичность установления и начисления надбавок за качество выполняемых работ составляет 1 месяц.

Основания для не начисления надбавок за качество и эффективность трудовой деятельности

Основания для не начисления надбавок за качество и эффективность трудовой деятельности, наряду с порядком премирования работников, являются одинаково важными элементами механизма эффективного контракта, что следует учитывать при разработке Положений о стимулирующих выплатах.

В соответствии с изложенным, в разработанном нами Положении о стимулирующих выплатах к числу оснований не начисления надбавок за качество выполняемых работ отнесены:

- неисполнение должностных обязанностей работника;
- ненадлежащее исполнение должностных обязанностей;
- неисполнение поручений главного врача или непосредственного руководителя работника;
- ненадлежащее исполнение поручений главного врача или непосредственного руководителя работника;
- другие факты нарушения трудовой и исполнительской дисциплины;
- замечания и нарушения, выявленные в ходе проверок контрольных и надзорных органов, входящие в зону ответственности работника и ставшие результатом ненадлежащего выполнения своих трудовых обязанностей;
- нарушения работниками санитарно-эпидемиологического режима;
- наличие у работника дисциплинарных взысканий в отчетном периоде;
- выявление фактов взимания денежных средств с пациентов за оказанную медицинскую помощь, предоставляемую в рамках программ государственных гарантий бесплатно;
- выполнение плановых показателей организации ниже 80%;

- отсутствие экономии по фонду заработной платы (для работников экономических служб).

Единовременные премиальные выплаты отнесены к группе иных стимулирующей выплат в рамках эффективного контракта.

Данные выплаты осуществляются коллективу по решению руководителя организации, в соответствии с критериями и показателями оценки эффективности за год и учетом ресурсов фонда оплаты труда на плановый финансовый год. В качестве основных премиальных выплат на основании проведенных исследований предложены:

- премии по результатам работы за квартал;
- годовые премии;
- премии за выполнение особо важных и срочных работ.

Установление распределение размера стимулирующих выплат отнесено к функции временного органа (комиссии) в соответствии с показателями и критериями эффективности. В качестве основания начисления премии целесообразно использовать приказ главного врача медицинской организации. В качестве оснований не начисления премиальных выплат могут применяться:

- неисполнение должностных обязанностей работника;
- ненадлежащее исполнение должностных обязанностей работника;
- неисполнение поручений главного врача или непосредственного руководителя работника;
- ненадлежащее исполнение поручений главного врача или непосредственного руководителя работника;
- другие факты нарушения трудовой и исполнительской дисциплины;

- замечания и нарушения, выявленные в ходе проверок контрольных и надзорных органов, входящие в зону ответственности работника и ставшие результатом ненадлежащего выполнения своих трудовых обязанностей;
- нарушения работниками санитарно-эпидемиологического режима;
- наличие у работника дисциплинарных взысканий в отчетном периоде;
- выявление фактов взимания денежных средств с пациентов за оказанную медицинскую помощь, предоставляемую в рамках программ государственных гарантий бесплатно.

Организация работы временного органа (комиссии), ответственного за распределение стимулирующих выплат

Размер всех видов стимулирующих выплат и надбавок — за качество и эффективность выполняемых работ, за интенсивность и высокие объемные результаты работы, премиальных выплат — утверждается на основании решения временного органа — Комиссии. Комиссия включает в себя два уровня, а ее состав утверждается приказом главного врача (таблица 14). Комиссию целесообразно разделять условно на две группы: первая осуществляет расчет баллов и премиальных выплат в отношении медицинского персонала, вторая — в отношении немедицинского персонала.

В отношении медицинского персонала 1 уровень Комиссии работает на уровне структурного или территориально-обособленного подразделения (филиала) и состоит из заведующего отделением (или сотрудника исполняющего обязанности) и старшей медицинской сестры (старшего лаборанта). В отношении немедицинского персонала работа Комиссии 1 уровня осуществляется и руководителем структурного подразделения, и непосредственным руководителем (при наличии).

Таблица 14 — Примерная структура и функции Комиссии по распределению стимулирующих выплат

	Состав	Функции
II уровень	• Главный врач. • Заместитель главного врача по медицинской части. • Заместитель главного врача по экономическим вопросам. • Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе. • Заместитель главного врача по хирургии. • Заместитель главного врача по терапии. • Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии. • Заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации. • Заместитель главного врача по перспективному развитию и платным услугам. • Заместитель главного врача по безопасности, ГОиЧС. • Заместитель главного врача по МТО и общим вопросам. • Главная медицинская сестра. • Главный бухгалтер. • Юрист-консульт. • Секретарь.	Изучение решений Комиссии I уровня и составленных отчетов; Ознакомление и решение спорных вопросов с работниками; Формирование заключения и протокола по распределению стимулирующих выплат в организации до 10-го числа месяца, следующего за отчетным; Ознакомление с проектом приказа о начислении стимулирующих надбавок работникам.
I уровень	Медицинское подразделение: • Заведующий отделением (филиалом). • Старшая медицинская сестра (Старший лаборант). Немедицинское подразделение: • Руководитель подразделения. • Руководитель группы.	Составление отчета комиссии в форме протокола достижения показателей эффективности работников (форма отчета утверждается приказом главного врача). Ознакомление работников с результатами оценок и решением комиссии под роспись Предоставление экономической службе результатов оценки до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

В функции Комиссии по распределению стимулирующих выплат 1 уровня включены:

- оценка степени достижения показателей эффективности работников структурного подразделения;
- составление отчета комиссии в форме протокола достижения показателей эффективности работников (форма отчета утверждается приказом главного врача);
- ознакомление работников с результатами оценок и решением комиссии под роспись;
- предоставление экономической службе результатов оценки до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

В состав Комиссии по распределению стимулирующих выплат 2 второго уровня целесообразно включать от трех и более работников, утверждаемых Приказом главного врача:

- бухгалтер или экономист;
- главная медицинская сестра;
- заместители главного врача и руководители филиалов;
- юриста-консультанта и других работников.

В функции Комиссии 2 уровня целесообразно включать:

- изучение решений Комиссии 1 уровня и составленных отчетов;
- формирование заключения и протокола по распределению стимулирующих выплат в организации до 10 числа месяца, следующего за отчетным;
- ознакомление и решение спорных вопросов с работниками;
- оформление с проектом приказа о начислении стимулирующих надбавок работникам.

Таким образом, в рамках подготовки к внедрению эффективного контракта в медицинскую организацию в соответствии с ее организационной структурой были разработаны критерии, показатели и механизм оценки эффективности трудовой деятельности всех категорий медицинского персонала.

ГЛАВА 5. РАЗРАБОТКА МЕХАНИЗМА ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

5.1. Механизм перехода к эффективному контракту медицинской организации с использованием инструментов трудовой мотивации сотрудников

Разработка критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников при внедрении эффективного контракта на различных уровнях организации профессиональной трудовой деятельности медицинского персонала стала одним из этапов, предшествующих внедрению эффективного контракта в медицинской организации.

Также в периоде подготовки к переходу на эффективный контракт был выполнен большой массив работы, позволивший оптимизировать деятельность медицинской организации.

1. Предпроектные работы. Это стартовый этап подготовительного периода, в рамках которого было проведено:

- инициирование проекта «Оптимизации организации»;
- комплексный аудит: организационной структуры и финансово-хозяйственной деятельности, медицинской деятельности в организации и непосредственно лечебной работы, штатного расписания и кадрового состава сотрудников, коечного фонда и парка материально-технического оснащения, санитарно-гигиенического состояния объектов и помещений;
- исследование алгоритмов работы и регламентов взаимодействия сотрудников и подразделений;
- исследование систем мотивации персонала;
- создание проектной группы;
- планирование проектных работ.

2. Этап оптимизационных и методологических изменений являлся основным, наиболее продолжительным и трудозатратным этапом, в ходе которого было выполнено:

- сетевое планирование должностных обязанностей сотрудников;
- оптимизация организационно-штатной структуры организации;
- оптимизация коечного фонда;
- совершенствование и внедрение изменений в регламентов взаимодействия подразделений и сотрудников, технологических карт производственных процессов, корпоративных стандартов документации и алгоритмов деятельности;
- формирование центров профессиональных компетенций;
- разработка ключевых показателей эффективности деятельности работников, по уровням: организация – служба-подразделение – сотрудник;
- разработка системы контроля и отчетности;
- передача на аутсорсинг обеспечивающих служб и экономически нецелесообразных процессов (пресс-служба, call-центр, рекламная деятельность, клининг, утилизация отходов и т.п.).

3. Этап совершенствования информационной системы организации, позволивший автоматизировать многие производственные и коммуникативные процессы, а также добиться возможности контроля многих процессов и индикативных показателей в режиме реального времени. В ходе данного этапа выполнены следующие исследования:

- анализ алгоритмов производственных процессов для автоматизации;
- создание недостающих модулей и настройка информационной системы организации;
- формирование высокоскоростных защищенных каналов обмена информацией с внешними источниками (Учреждения и структуры ДЗМ, МГФОМС, ФНС и т.п.);

- перевод основного объема служебного и медицинского документооборота в электронный формат;

- обучение пользователей и проведение опытной эксплуатации.

4. Этап внедрения проекта явился завершением подготовительного этапа оптимизации деятельности медицинской организации, в ходе которого реализовано:

- старт «боевой эксплуатации» информационной системы;

- ввод в повседневную деятельность регламентов, алгоритмов и стандартов работы;

- итоговый контрольный аудит финансово-хозяйственной и медицинской деятельности организации.

По результатам проведенного итогового аудита медицинская организация была признана готовой к началу внедрения эффективного контракта.

Формирование непосредственного механизма перехода многопрофильной медицинской организации к эффективному контракту потребовало решения следующих групп задач.

1. Разработки, согласования и утверждения критериев оценки трудовой деятельности медицинских работников.

2. Оценки бюджетной обеспеченности медицинской организации в целях выполнения обязательств перед медицинскими работниками в части начисления премий в рамках эффективного контракта.

3. Внесения изменений в систему правового обеспечения трудовых отношений медицинской организации.

4. Разработки и утверждения порядка расчета, согласования и утверждения премий медицинским работникам в медицинской организации.

Описание механизма перехода медицинской организации в виде схемы на примере ГБУЗ «ГКБ имени М.П. Кончаловского ДЗМ» приведено на рисунке 11.

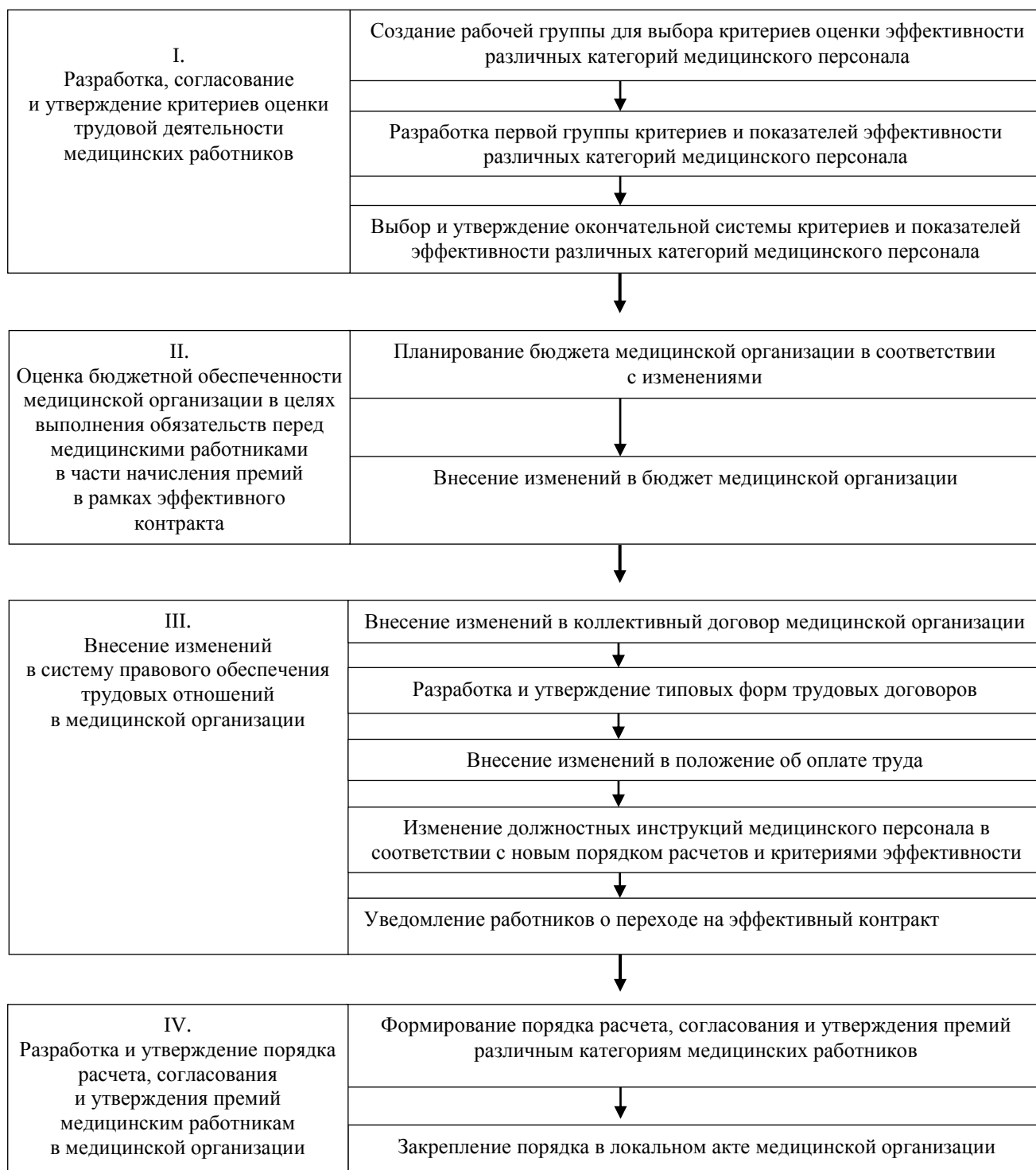


Рисунок 11 — Механизм перехода к эффективному контракту медицинской организации.

В основе механизма перехода к эффективному контракту в медицинской организации, базировалась задача изменения коллективного договора с сотрудниками.

Так, в соответствии с введенными изменениями в систему правового обеспечения трудовых отношений в медицинской организации должностной оклад медицинскому работнику за одну ставку устанавливается в соответствии с локальным Положением об оплате труда сотрудников. Кроме того, в трудовом договоре или дополнительном соглашении устанавливается порядок и условия дополнительных выплат за качество оказания медицинских услуг. Выплата повышающих коэффициентов, а также компенсационных и стимулирующих выплат осуществляются в рамках размеров фонда оплаты труда на текущий год.

В ходе внедрения разработанных подходов был доработан и апробирован механизм внедрения эффективного контракта в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ». Расчет и начисление стимулирующих выплат осуществляются ежемесячно, на основании критериев эффективности работы подразделений медицинской организации и каждого сотрудника с учетом отработанного времени.

На каждого сотрудника с применением метода экспертных оценок составляется оценочный лист в соответствии фактическими значениями критериев эффективности работы, на основании чего составляется протокол распределения выплат.

В соответствии с установленными в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» положениями, утвержденные критерии и показатели, а также их значения могут изменяться при условии уведомления медицинского работника в соответствии с трудовым законодательством РФ.

Важной составляющей механизма перехода к эффективному контракту в ГБУЗ стало утверждение порядков расчета стимулирующих выплат сотрудникам (рис. 12).

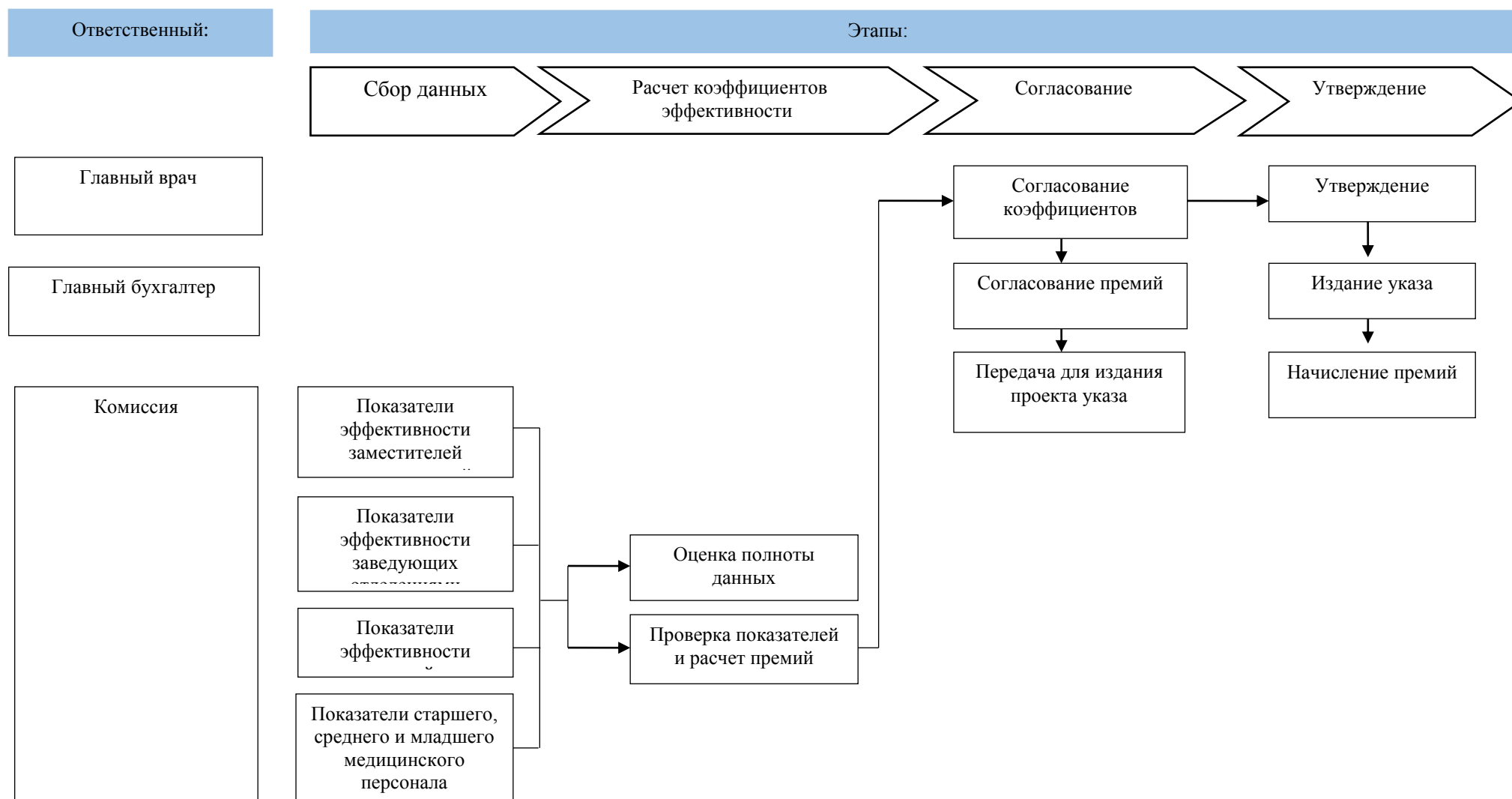


Рисунок 12 — Схема расчета, согласования и утверждения стимулирующих выплат медицинским работникам в медицинской организации.

Несмотря на то, что оценка трудовой деятельности согласно утвержденным критериям эффективности приобрела первостепенное значение, также, важным инструментом трудовой мотивации в рамках действующего механизма эффективного контракта в многопрофильных медицинских организациях, остаются стимулирующие выплаты в% от должностного оклада медицинского персонала. Примеры установления стимулирующих выплат для различных категорий персонала в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» и изменения минимального должностного оклада в соответствии с ПКГ и квалификационной категорией представлены в Приложении 9.

Как видно из представленного материала, стимулирующие выплаты медицинскому персоналу возможно сохранить в рамках профессиональной квалификационной группы и в соответствии с квалификационной категорией сотрудника. Однако изменения, внесенные в систему оплаты труда при внедрении критериев показателей эффективности в рамках внедрения эффективного контракта в многопрофильную медицинскую организацию, позволили получить значительно более динамичные результаты, которые будут описаны далее.

5.2. Результаты социологических исследований, проведенных среди медицинских работников по вопросам трудовой мотивации и среди пациентов по вопросам удовлетворенности медицинской помощью

С целью определения влияния эффективного контракта на качество медицинских услуг, предоставляемых в государственных медицинских организациях ЗелАО г. Москвы, проводились социологические исследования по репрезентативной выборке. Исследования по вопросам удовлетворенности качеством получаемых медицинских услуг и лояльности к медицинским организациям проводились как среди медицинских работников по вопросам

информированности, понимания и отношения к эффективному контракту, так и среди пациентов.

Социологические исследования проводились методом анкетирования с использованием двух видов специально разработанных анкет, которые включали 18 и 11 вопросов. Все респонденты находились в возрастной группе 18–65 лет и не дифференцировались по гендерным признакам. Отбор респондентов проводился методом случайной выборки. Обработка данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 20.

Социологическое исследование «Изучение мнения медицинского персонала о влиянии эффективного контракта на повышение мотивации труда и качества оказания медицинской помощи»

Исследование было реализовано в периоды до внедрения эффективного контракта (октябрь 2015 года) и после внедрения эффективного контракта реализованное в 3 этапа (1, 2, 3 кварталы 2017 года), что позволило не только оценить в динамике мнение медицинских работников о степени влияния эффективного контракта на трудовую мотивацию и качество оказываемой ими медицинской помощи, но и оценить уровень исходной информированности и понимания сотрудниками сути и основных принципов эффективного контракта до его внедрения.

Способом наблюдения и сбора материала в данном исследовании послужили анонимные опросные листы (анкеты), предложенные для заполнения медицинскому персоналу организации. Единицами наблюдения были приняты медицинские работники. В исследовании принял участие 991 сотрудник медицинских организаций ЗелАО г. Москвы.

Характеристики участвовавшего в исследовании медицинского персонала представлены следующими группами. Среди респондентов большая часть представлена персоналом, имеющим стаж свыше 5 лет (67,4%

опрошенных). В таблице 15 представлен состав опрошенных по стажу работы в медицинских организациях.

Таблица 15 — Состав участников исследования «Изучение мнения медицинского персонала о влиянии эффективного контракта на повышение мотивации труда и качества оказания медицинской помощи», медицинского персонала по стажу работы в медицинских организациях

Группа участников по стажу	Количество	
	Абс.	%
До 5 лет	323	32,6
От 5 до 10 лет	208	21,0
От 10 до 15 лет	156	15,7
Свыше 15 лет	304	30,7
Итого	991	100

Состав участников социологического исследования по профессиональным квалификационным группам был представлен медицинским персоналом первого уровня в объеме 5,4% от участвовавших, средним медицинским персоналом (63,2%), врачами (26,6%). В исследовании также приняли участие 47 руководителей (4,7%) структурных подразделений медицинских организаций (таблица 16).

Таблица 16 — Состав участников исследования «Изучение мнения медицинского персонала о влиянии эффективного контракта на повышение мотивации труда и качества оказания медицинской помощи», медицинского персонала по профессиональным квалификационным группам

Профессиональная квалификационная группа респондентов	Абс.	%
Медицинский персонал первого уровня	54	5,4
Средний медицинский персонал	626	63,2
Врачи	264	26,6
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	47	4,7
Итого	991	100

Распределение участников исследования по среднему стажу в разрезе профессиональных квалификационных групп представлено на рисунке 13.

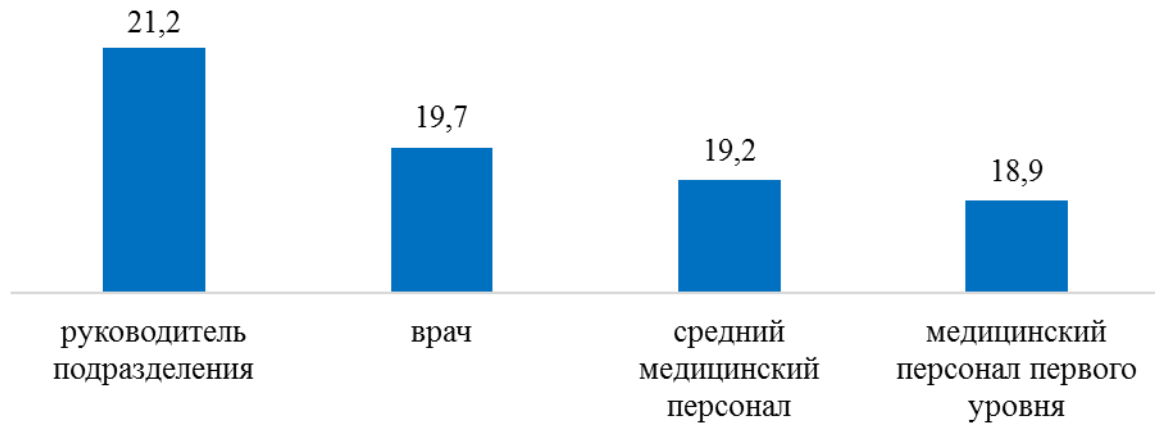


Рисунок 13 — Средний стаж участников исследования «Изучение мнения медицинского персонала о влиянии эффективного контракта на повышение мотивации труда и качества оказания медицинской помощи» по профессиональным квалификационным группам.

Исследование охватило врачей и средний медицинский персонал всех профилей и служб, распределение которых было достаточно равномерным ($4,7 \pm 2\%$).

В рамках изучения уровня базовых знаний сотрудников об эффективном контракте, а также с целью определения предпосылок и основных направлений проведения разъяснительной работы с персоналом, в период подготовки медицинской организации к разработке и внедрению эффективного контракта, было проведено предварительное анкетирование медицинских работников, по вопросам:

- представления медицинского персонала об эффективном контракте;
- знания основных положений типового эффективного контракта;
- понимания медицинским персоналом инструментов стимулирования оплаты труда;
- уточнения принципа отбора критериев оценки трудовой деятельности медицинского персонала;
- уточнения принципа распределения стимулирующих выплат для медицинских работников;

В рамках изучения мнения медицинского персонала о влиянии эффективного контракта на повышение мотивации труда и качества оказания медицинской помощи», анкетирование респондентов проводилось в несколько этапов в соответствии с поставленными целями исследования.

1. До внедрения эффективного контракта, изучались:
 - отношение к перспективам внедрения эффективного контракта для медицинского персонала (изменения механизма оплаты труда);
 - отношение к перспективам внедрения эффективного контракта для пациентов медицинской организации (изменения качества медицинских услуг).
2. После внедрения эффективного контракта изучались:
 - определение наиболее действенных способов информирования об эффективном контракте и последствиях его внедрения;
 - отношение к внедрению эффективного контракта для медицинского персонала (изменения оплаты труда);
 - отношение к внедрению эффективного контракта для пациентов медицинской организации (изменения качества медицинских услуг).

Результаты анкетирования медицинского персонала до внедрения эффективного контракта

Проведенный анализ показал, что вне зависимости от стажа, квалификационных групп и других критериев отнесения медицинского персонала к той или иной группе, что в 2015 году, всем респондентам был знаком термин «эффективный контракт», но большая часть $54,5 \pm 2,6\%$ опрошенных медицинских работников имела лишь общее представление о содержании эффективного контракта (таблица 17).

Только 7% анкетлируемых (67 медицинских работников) указали, что детально знакомы с основными положениями типового эффективного контракта (рис. 14).

Таблица 17 — Общее представление медицинского персонала об эффективном контракте в разбивке по стажу и профессиональным квалификационным группам

В том числе по группам участников анкетирования	Знаю в общих чертах		Знаю и имею хорошее представление		Знаю и имею детальное представление		Итого
	Абс., чел.	Доля,%	Абс., чел.	Доля,%	Абс., чел.	Доля, %	
По стажу							
До 5 лет	174	53,9	124	38,4	25	7,7	323
От 5 до 10 лет	106	51,0	80	38,5	22	10,6	208
От 10 до 15 лет	76	48,7	65	41,7	15	9,6	156
Свыше 15 лет	158	52,0	104	34,2	42	13,8	304
Итого изученных анкет по стажу	514	51,9	373	37,6	104	10,5	991
По профессиональным квалификационным группам							
Медицинский персонал первого уровня	33	61,1	20	37,0	1	1,9	54
Средний медицинский персонал	363	58,0	238	38,0	25	4,0	626
Врачи	147	55,7	107	40,5	10	3,8	264
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	23	48,9	21	44,7	3	6,4	47

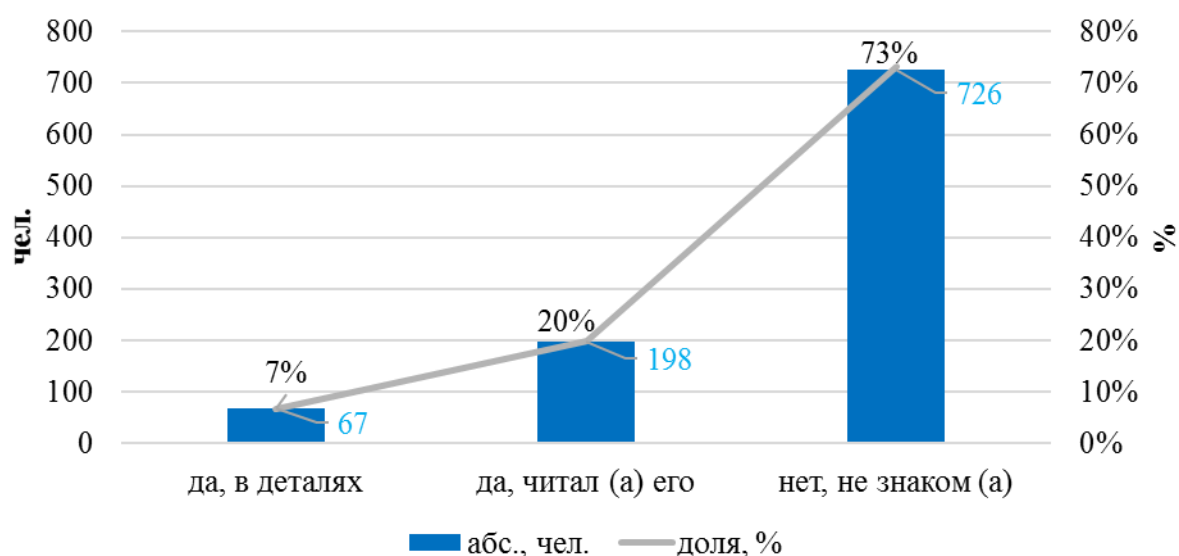


Рисунок 14 — Знание медицинским персоналом основных положений эффективного контракта.

Понимание эффективного контракта «в общих чертах» еще не обеспечивает знание медицинским персоналом особенностей внедрения его основных положений. Таким образом, можно сделать вывод, что на начальном этапе внедрения эффективного контракта, представление и знание о нем медицинского персонала было на относительно низком уровне.

Таким образом, проведенное анкетирование, позволило выявить недостаточную осведомленность медицинского персонала о способах и инструментах мотивации труда на основе эффективного контракта.

В таблице 18 приведено распределение ответов респондентов по вопросу понимания различных видов доплат и их определение к той или иной группе выплат.

Таблица 18 — Идентификация и понимание медицинским персоналом видов стимулирующих выплат, в% от общего числа принимавших участие в исследовании, %

Вид выплат	Стимулирующие	Компенсационные	Иные	Затрудняюсь ответить
За интенсивность работы	24,0	37,0	11,0	28,0
За качество работы	29,0	32,0	14,0	25,0
За ученое звание/степень	35,0	21,0	12,0	32,0
За стаж	12,0	22,0	15,0	51,0
По итогам работы	31,0	26,0	16,0	27,0

При этом, наблюдалась прямая корреляция между уровнем профессиональной квалификационной группы участников опроса и степенью их осведомленности о характере инструментов стимулирования (таблица 19), что свидетельствует о достаточно низком уровне понимания видов стимулирующих выплат респондентами, даже из категории руководителей с высшим медицинским образованием.

Таблица 19 — Идентификация и понимание медицинским персоналом по категориям в зависимости от профессиональной квалификационной группы видов стимулирующих выплат в% от общего числа респондентов, %

Вид выплат/категория персонала	Стимулирующие	Компенсационные	Иные	Затрудняюсь ответить
Медицинский персонал первого уровня				
За интенсивность работы	21,0	11,0	10,0	58,0
За качество работы	19,0	14,0	9,0	58,0
За ученое звание/степень	16,0	12,0	12,0	60,0
За стаж	14,0	19,0	11,0	56,0
По итогам работы	17,0	16,0	11,0	56,0
Средний медицинский персонал				
За интенсивность работы	24,0	13,0	16,0	47,0
За качество работы	21,0	14,0	16,0	49,0
За ученое звание/степень	25,0	18,0	19,0	38,0
За стаж	21,0	18,0	21,0	40,0
По итогам работы	11,0	19,0	19,0	51,0
Врачебный персонал				
За интенсивность работы	10,0	56,0	11,0	23,0
За качество работы	68,0	5,0	8,0	19,0
За ученое звание/степень	8,0	4,0	48,0	40,0
За стаж	14,0	16,0	39,0	31,0
По итогам работы	69,0	21,0	10,0	0,0
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием				
За интенсивность работы	7,0	66,0	5,0	22,0
За качество работы	69,0	6,0	3,0	22,0
За ученое звание/степень	10,0	2,0	47,0	41,0
За стаж	2,0	4,0	41,0	53,0
По итогам работы	72,0	19,0	8,0	1,0

В отношении принципа, который должен учитываться при распределении стимулирующих выплат среди медицинского персонала, участвовавшего в исследовании, не наблюдалось единства (рис. 15). Большинство респондентов (43%) считают наиболее эффективным стимулирование персонала в зависимости от вклада конкретного работника в достижение целей медицинской организации и конкретных количественных

показателей; однако 32% медицинского персонала, опасаясь несправедливого распределения стимулирующих выплат или по другим причинам, указывают на необходимость равномерного поощрения всех работников с целью исключения деструктивного климата в коллективе.

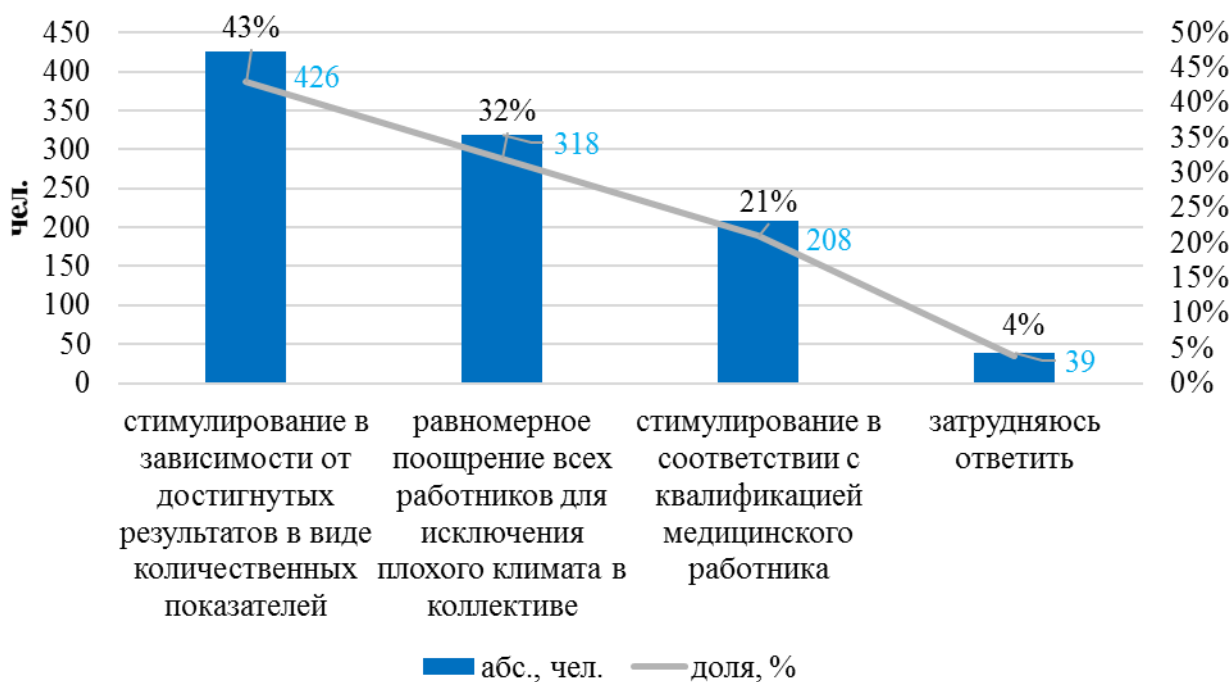


Рисунок 15 — Оценка медицинским персоналом принципа распределения стимулирующих выплат, %.

Также следует отметить, что ответы анкетированных различались по вопросу о влиянии конкретных критериев на объем стимулирующих выплат. В оценках медицинского персонала, примерно в одинаковом соотношении оказались такие факторы, требующие учета при формировании стимулирующих выплат, как выполнение согласованных показателей результативности (23,3% опрошенных), оценки пациентов (24,5% опрошенных) и оценки руководителей (22,4% опрошенных).

Касательно принципов отбора критериев оценки эффективности трудовой деятельности медицинских работников, большая часть

респондентов (54%) указала на необходимость учета особенностей каждой специальности и должности и индивидуальных особенностей каждого работника, а 32% респондентов отметила необходимость установления данных критериев для каждого работника (рис. 16). При этом, только 1% опрошенных высказали мнение о целесообразности установления единых критериев оценки для всех групп, категорий и специальностей медицинского персонала, а 8% респондентов затруднились ответить.

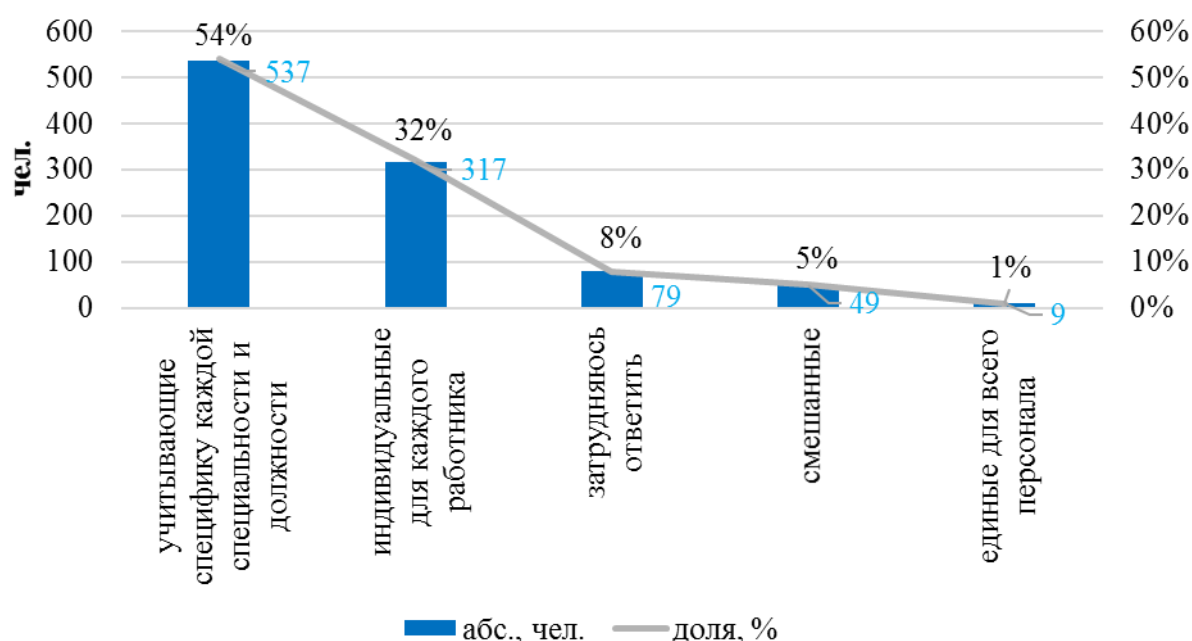


Рисунок 16 — Оценка медицинским персоналом принципа отбора критериев для формирования показателей эффективности труда при разработке механизма эффективного контракта, %.

Сложившаяся неоднородность ответов обусловлена следующими факторами.

1. Профессионального характера, проявляющегося в различной степени ответственности, круга выполняемых задач, содержания выполняемых задач, понимания различными категориями персонала общей картины

складывающейся ситуации в оплате труда, опытом медицинского персонала и другими проявлениями, обусловленными профессиональными аспектами.

2. Психологического и экономического характера, сложившимися механизмами стимулирования труда, негативными ожиданиями от внедрения эффективного контракта в силу непонимания некоторых аспектов. Данные предположения подтверждаются результатами ответов анкетированных на вопрос об ожидаемых конкретных изменениях в трудовой деятельности медицинского персонала, последующих в результате внедрения эффективного контракта (рис. 17, рис. 18).

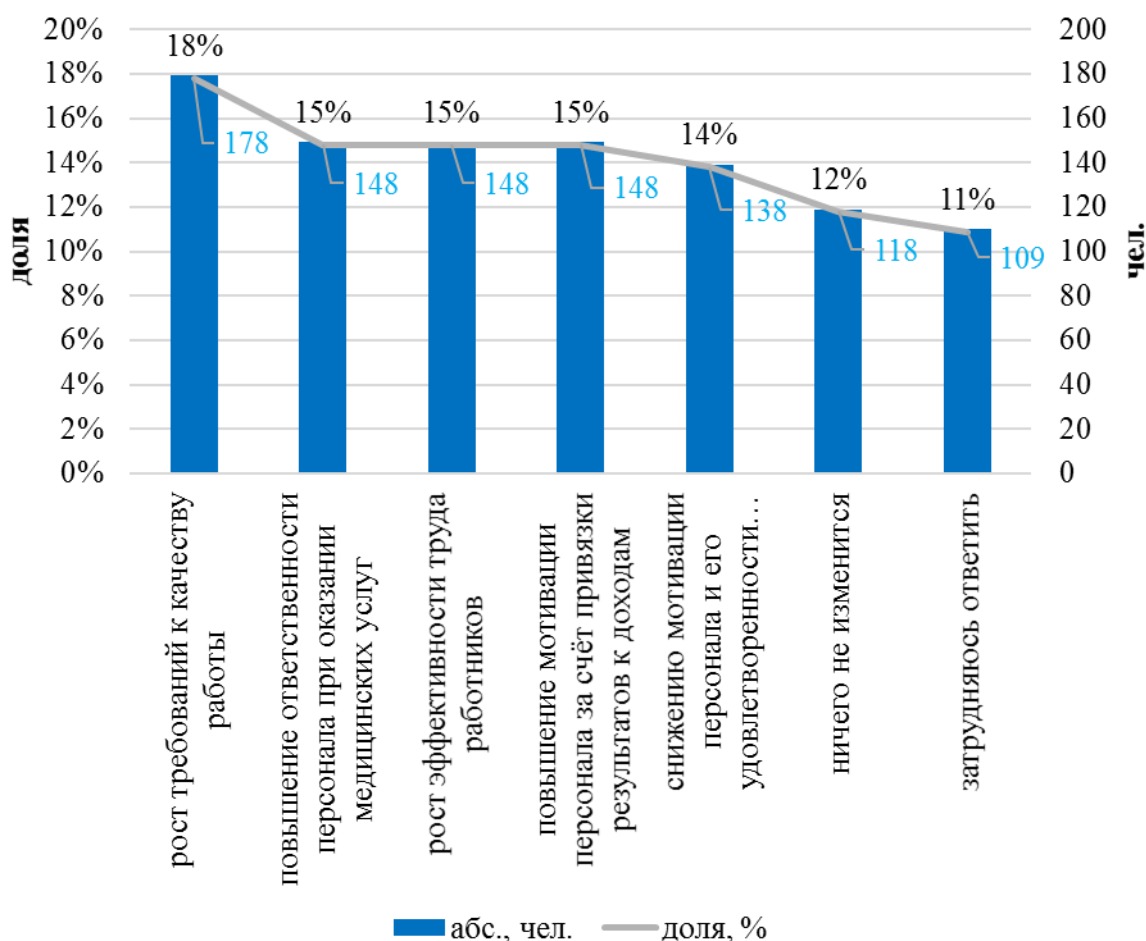


Рисунок 17 — Ожидания изменений труда медицинского персонала от внедрения механизма эффективного контракта.

Только 18% респондентов предположили повышение требований к качеству их трудовой деятельности, а 15% предположили рост ответственности медицинского персонала при оказании медицинской помощи. Также, 15% респондентов ожидают повышение эффективности труда медработников, и 15% респондентов предполагают повышение мотивации персонала за счет привязки результатов их работы к доходам; 14% респондентов выразили ожидание снижения мотивации персонала ввиду привязки результатов их работы к доходам, 12% опрошенных не ожидают никаких изменений от перспективы внедрения эффективного контракта в их медицинских организациях, а 11% респондентов затруднились с ответом.

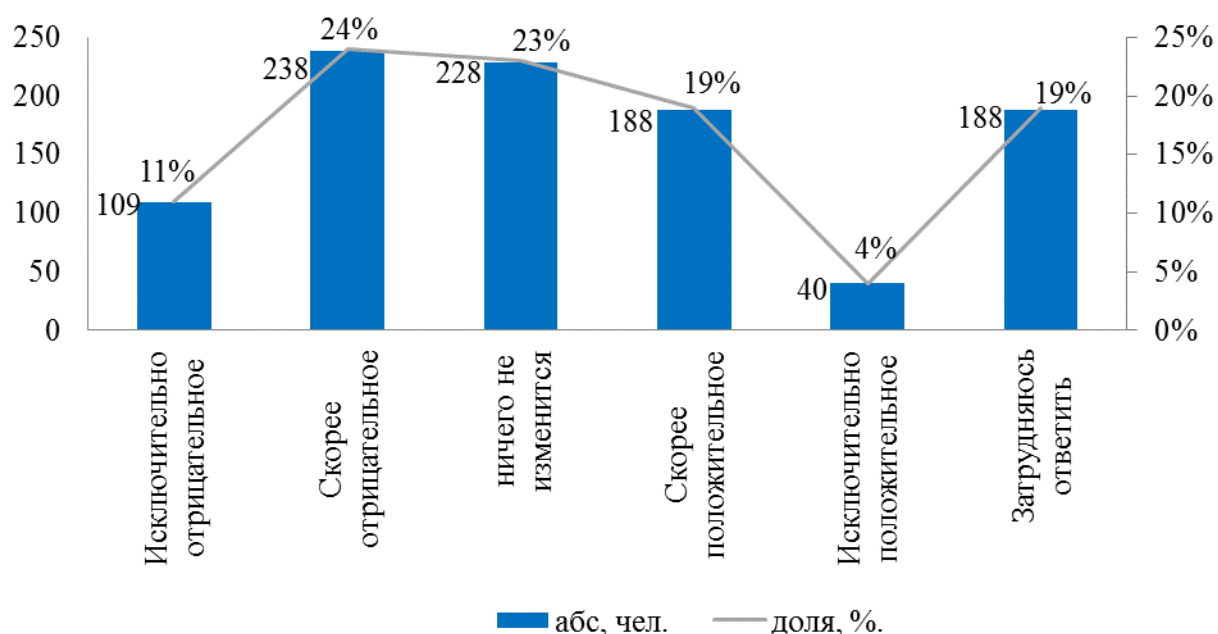


Рисунок 18 — Оценка медицинским персоналом перспектив изменения механизма оплаты труда при внедрении эффективного контракта.

При оценке медицинскими работниками перспектив внедрения эффективного контракта в медицинские организации, в контексте предстоящего изменения механизма оплаты их труда, 35% респондентов

выразили негативную оценку в ожиданиях, и только 23% респондентов позитивно оценили предстоящий эффективный контракт (рис. 18). На этом фоне, 43% опрошенных не отметили каких-либо предстоящих изменений механизмов оплаты труда, что позволяет предположить незнание или непонимание данной группой медицинского персонала целей и механизмов эффективного контракта.

Также, в период опроса медицинских сотрудников до внедрения эффективного контракта большая часть из анкетированных не имела твердых представлений о предназначении и возможных последствиях внедрения эффективного контракта для качества оказываемых услуг. Ответы анкетированных несколько различались по профессиональным квалификационным категориям (таблица 20, рис. 19).

Таблица 20 — Отношение медицинского персонала к перспективам внедрения эффективного контракта (изменение качества медицинских услуг) в разбивке по профессиональным квалификационным группам, %

Категория персонала по профессиональной квалификационной группе	Внедрение эффективного контракта в медицинскую организацию, привело бы к								Итого
	ухудшению качества оказываемых медицинских услуг		улучшению качества оказываемых медицинских услуг		затрудняюсь ответить		ничего не изменится		
	Абс., чел.	Доля, %	Абс., чел.	Доля, %	Абс., чел.	Доля, %	Абс., чел.	Доля, %	
Медицинский персонал первого уровня	14	25,9	16	29,6	12	22,2	12	22,2	54
Средний медицинский персонал	181	28,9	171	27,3	131	20,9	143	22,8	626
Врачи	60	22,7	113	42,8	39	14,8	52	19,7	264
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	7	14,9	28	59,6	7	14,9	5	10,6	47
Итого	262	26,4	328	33,1	189	19,1	212	21,4	991

Несмотря на то, что большая часть опрошенных (33%) полагала, что внедрение эффективного контракта приведет к улучшению качества оказываемых медицинских услуг, в разбивке по категориям персонала в зависимости от его отношения к профессиональной квалификационной группе наблюдались различия. В меньшей степени позитивных результатов от внедрения эффективного контракта ожидал средний медицинский персонал (27% от числа ответов на вопрос от общего количества ответивших среди среднего медицинского персонала).

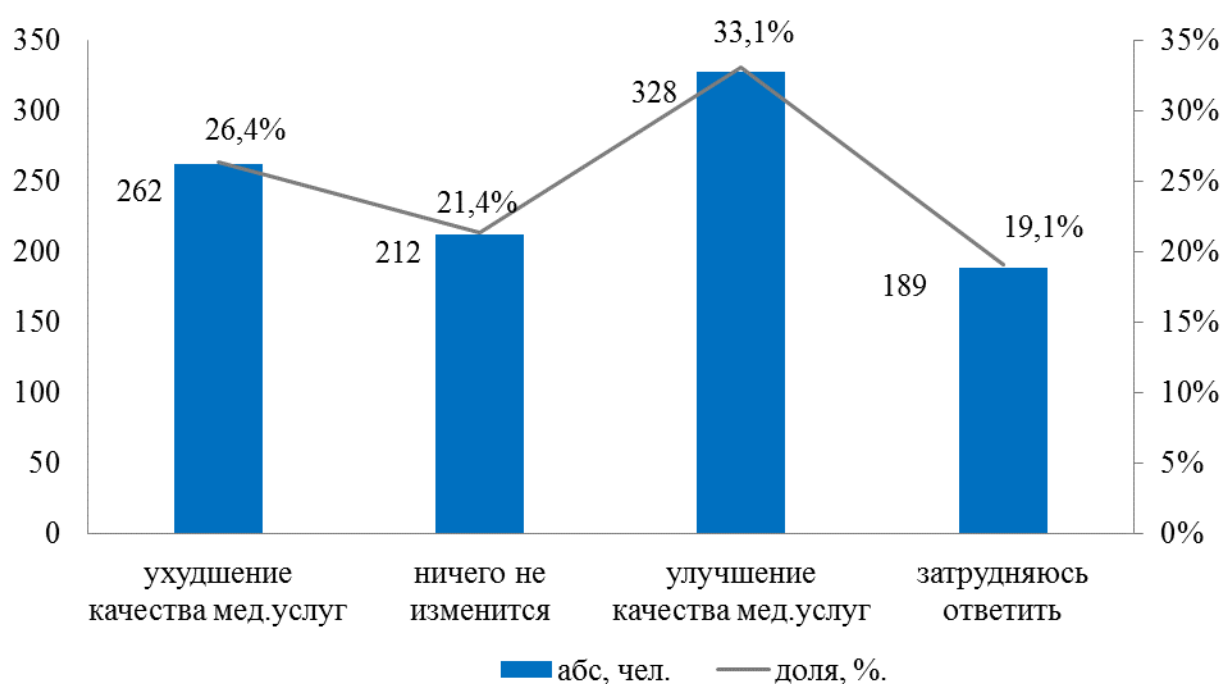


Рисунок 19 — Оценка медицинским персоналом перспектив изменения качества оказываемых медицинских услуг при внедрении эффективного контракта, %.

Относительно высокая доля считающих, что внедрение эффективного контракта приведет к ухудшению качества оказываемых медицинских услуг наблюдалась также среди врачей (23% ответивших от общего числа анкетизируемых по данной профессиональной квалификационной группе и 60 респондентов, указавших на ответ «приведет к ухудшению качества

оказываемых медицинских услуг»), среднего медицинского персонала (29% ответивших от общего числа анкетизируемых по данной профессиональной квалификационной группе и 181 респондентов, указавших на ответ «приведет к ухудшению качества оказываемых медицинских услуг») и медицинского персонала первого уровня (26% ответивших от общего числа анкетизируемых по данной профессиональной квалификационной группе и 14 респондентов, указавших на ответ «приведет к ухудшению качества оказываемых медицинских услуг»). Но в целом, большая часть респондентов (33,1%) предположила улучшение качества медицинской помощи, что связано с предстоящим повышением требований к качеству их трудовой деятельности и возрастанием ответственности медицинского персонала при оказании медицинской помощи.

Результаты анкетирования медицинских работников до внедрения эффективного контракта позволяют сделать выводы о необходимости тщательного широкого информирования всех категорий медицинского персонала по вопросам изменения системы финансовой мотивации и максимального вовлечения не только отдельных сотрудников, но и коллективов подразделений в разработку и внедрение основных принципов эффективного контракта и критериев оценки их трудовой деятельности в медицинские организации.

Результаты анкетирования медицинских работников после внедрения эффективного контракта

На данном этапе исследования, учитывая проведенную разъяснительную работу и широкое вовлечение персонала в процесс разработки и внедрения эффективного контракта в медицинские организации, было достигнуто знание и понимание подавляющим большинством коллективов сути и положений внедренного в их

деятельность эффективного контракта. По этой причине анкетирование медицинского персонала по вопросам знания и понимания основных положений эффективного контракта, инструментов стимулирования оплаты труда, принципов отбора критериев оценки трудовой деятельности и принципа распределения стимулирующих выплат для медицинских работников не проводилось. В течение первого года после внедрения эффективного контракта в организации, в 3 этапа, раз в квартал, проводилось анкетирование медицинского персонала, с целью оценки его отношения к произошедшим изменениям в оплате труда и к изменениям в качестве оказываемых медицинских услуг.

Как показали результаты социологического исследование, большинство респондентов на каждом этапе исследования в качестве предпочтительных способов информирования об изменениях в стимулировании труда указывает административные совещания ($59 \pm 4,2\%$), а также презентации и печатные материалы ($32 \pm 5,5\%$).

Также, несмотря на некоторое непонимание отдельными группами персонала целей эффективного контракта, в целом его внедрение позволило улучшить восприятие механизмов оплаты труда большей частью медицинских работников (рис. 20).

Доля респондентов, давших положительную оценку внедрению эффективного контракта, в ходе каждого этапа исследования увеличивалась и в 1 квартале 2017 году составила 42%, во 2 квартале — 48%, в 3 квартале — 53% опрошенных. При этом доля респондентов, отрицательно оценившая внедренный эффективный контракт, стабильно уменьшалась на каждом этапе, составив 17%, 15% и 14% в 1, 2, 3 кварталах 2017 года соответственно. В течении всех этапов социологического опроса, примерно четверть ($23,5 \pm 0,5\%$) не отметила никакого влияния внедрения эффективного контракта на оплату своего труда, что позволяет судить о составе этой доли респондентов из числа новых сотрудников и дежурантов, а также из числа

медицинских работников диагностических специальностей (врач-рентгенолог, врач-КДЛ, рентгенлаборант, медицинский лабораторный техник и др.) осуществляющих свою деятельность по жестко регламентированным протоколам. На этом фоне доля респондентов, продемонстрировавших низкую вовлеченность и мотивацию к улучшению качества и эффективности своей деятельности, не превысила 17% в 1 квартале 2017 года и уменьшалась во 2 и 3 кварталах 2017 года до 13% и 11% соответственно.



Рисунок 20 — Отношение медицинского персонала к изменениям в оплате труда после внедрения эффективного контракта, в динамике, %.

Со временем действия механизма эффективного происходит увеличение вовлеченности медицинского персонала к возможным изменениям в применении инструментов стимулирования труда, что также отразилось на отношении к изменениям качества медицинской помощи.

Доля респондентов, отметивших улучшение качества медицинской помощи, в ходе каждого этапа исследования увеличивалась и в 1 квартале

2017 года составила 50%, во 2 квартале — 66%, в 3 квартале — 77% опрошенных (рис. 21).

При этом доля респондентов, отрицательно оценившая влияние внедренного эффективного контракта на качество медицинской помощи, стабильно уменьшалась на каждом этапе, составив 17%, 8% и 4% в 1, 2, 3 кварталах 2017 года соответственно. Также отмечается ежеквартальное уменьшение доля сотрудников, не отметивших никакого влияния эффективного контракта на качество медицинской помощи либо затруднившихся с ответом (34%, 26%, 19% соответственно), что свидетельствует о прогрессивном вовлечении в процесс совершенствования качества работы недавно трудоустроенных сотрудников, дежурантам и специалистов с жестко регламентированной трудовой деятельностью и с кратковременным нерегулярным пребыванием в трудовом коллективе.



Рисунок 21 — Отношение медицинского персонала к изменениям качества медицинских услуг после внедрения эффективного контракта в динамике, %.

Таким образом, по результатам проведенного социологического исследования среди медицинских работников установлено, что внедрение эффективного контракта в деятельность государственных медицинских организаций оказывает положительное влияние на улучшение трудовой мотивации медицинского персонала и стимулирует повышение качества медицинской помощи.

Социологическое исследование «Оценка удовлетворенности пациентов организацией оказания медицинских услуг»

Исследование было реализовано в периоды до внедрения эффективного контракта (октябрь 2016 года) и после внедрения эффективного контракта реализованное в 4 этапа (1, 2, 3, 4 кварталы 2017 года), что позволило не только оценить уровень исходной удовлетворенности получаемой медицинской помощью, но и оценить в динамике изменения удовлетворенности и лояльности пациентов к медицинской организации при получении медицинских услуг как по ОМС, так и в рамках ПМУ.

Способом наблюдения и сбора материала в данном исследовании также послужили опросные листы (анкеты), предложенные для заполнения пациентам медицинской организации. В исследовании принимало участие 1500 пациентов (по 300 респондентов на каждом этапе) обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет, отобранных методом случайной выборки.

Анкетирование участников исследования (пациентов) было направлена на решение следующих задач.

1. Уточнения способа получения медицинских услуг.
2. Выявления удовлетворенности организацией оказания медицинских услуг.

3. Оценка лояльности (готовности рекомендовать) пациентов к медицинской организации, что также выражает организацию оказания медицинских услуг.

Во всей выборке респондентов и на каждом этапе анкетирования пациентов было достигнуто равномерное распределение участников по способу получения медицинских услуг на каждом этапе (таблица 21) — в рамках ОМС и на основе платных медицинских услуг (соответственно, по 50%).

Таблица 21 — Состав участников исследования «Оценка удовлетворенности пациентов организацией оказания медицинских услуг» (пациентов) по способу получения медицинских услуг

Способ получения медицинских услуг	Количество	
	Абс.	%
Оказание услуг в рамках ОМС	750	50,0
Оказание услуг на основе платных медицинских услуг	750	50,0
Итого	1500	100

Состав участников исследования по профилю пациента (таблица 22) в целом коррелировал с профилем медицинской организации.

Таблица 22 — Состав участников исследования «Оценка удовлетворенности пациентов организацией оказания медицинских услуг», пациентов, по профилю потребностей пациента

Профиль потребности пациента	Количество	
	Абс.	%
Хирургические услуги	210	14,0
Терапевтические услуги	490	32,7
Диагностические услуги	295	19,7
Амбулаторные консультации и лечение	275	18,3
Стационарное лечение	230	15,3
Итого	1500	100

Далее описаны результаты в соответствии со стадиями и задачами проведенного исследования в форме анкетирования.

Результаты анкетирования пациентов по вопросам удовлетворенности качеством медицинских услуг

Анкетирование пациентов ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» имело целью оценить:

- удовлетворенность пациентоориентированностью отношения персонала во время пребывания в медицинской организации;
- удовлетворенность действиями медицинского персонала во время пребывания в медицинской организации;
- удовлетворенность компетентностью медицинских работников организации;
- удовлетворенность комфортом условий пребывания в медицинской организации;
- удовлетворенность услугами во время пребывания в медицинской организации;
- степени лояльности пациентов к медицинской организации.

Результаты анкетирования пациентов прямо характеризуют удовлетворенность качеством оказания медицинских услуг в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ (ред. от 07.03.2018г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа Минздрава России от 28.11.2014г. №787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» [132, 183].

Как показало анкетирование пациентов, в период внедрения эффективного контракта по сравнению предыдущими периодом наблюдалось постепенное улучшение удовлетворенностью пациентов отношением персонала, компетентностью персонала, условиями пребывания, оказанными услугами, действиями персонала. При этом, в части оказания платных медицинских услуг, наблюдается более высокий уровень удовлетворенности

по оцениваемым показателям в сравнении с оказываемыми услугами в рамках ОМС (таблица 23).

Также, в период проведения анкетирования оценивалась лояльность пациентов или их готовность рекомендовать медицинскую организацию для получения услуг ОМС или ПМУ. При этом, лояльность пациентов после получения платных медицинских услуг также несколько выше услуг, полученных в рамках ОМС (рис.22).

Таблица 23 — Оценка пациентам удовлетворенности взаимодействия с персоналом и пребыванием в медицинской организации за период внедрения эффективного контракта по месяцам (по доле отметивших, что удовлетворены оцениваемым параметром) по категориям пациентов в зависимости от способа получения медицинских услуг, %

Оцениваемый параметр	2016 г.	2017 г.			
	октябрь	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
Получение услуг в рамках ОМС					
Отношение персонала во время пребывания в отделении	48	59	63	66	70
Компетентность медицинских работников организации	49	51	59	62	67
Условия пребывания в медицинской организации	57	58	58	59	61
Оказанные услуги во время пребывания в медицинской организации	54	63	64	66	71
Действия медицинского персонала во время пребывания в медицинской организации	41	53	54	57	61
Получение платных услуг					
Отношение персонала во время пребывания в отделении	69	72	73	74	75

Оцениваемый параметр	2016 г.	2017 г.			
	октябрь	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
Компетентность медицинских работников организации	62	69	72	73	75
Условия пребывания в медицинской организации	72	73	73	74	76
Оказанные услуги во время пребывания в медицинской организации	73	74	75	76	77
Действия медицинского персонала во время пребывания в медицинской организации	58	59	64	67	71



Рисунок 22 — Степень лояльности пациентов к ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (по готовности рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинских услуг в% от опрошенных) по категориям пациентов в зависимости от способа получения услуг, %

Таким образом, в результате медико-социального исследования были установлены основные причины сложностей при внедрении эффективного контракта в медицинских организациях, способы их преодоления и

практического внедрения рассматриваемого инструмента повышения результативности медицинского персонала.

Хотя проведенное исследование подтвердило положительное влияние эффективного контракта на удовлетворенность и лояльность пациентов вне зависимости от канала получения ими медицинской помощи, в дальнейшем в медицинских организациях требуется проведение дополнительных мероприятий, в том числе связанных с внесением изменений в трудовые договора и дополнительные соглашения в части показателей эффективного контракта, направленных на усиление пациентоориентированности медицинских работников с целью снижения неравномерности показателей удовлетворенности и лояльности пациентов.

ГЛАВА 6. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАТА И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЕГО РЕАЛИЗАЦИИ

6.1. Анализ результатов внедрения эффективного контракта

Анализ результатов внедрения эффективного контракта в медицинские организации ЗелаО г. Москвы, проводился на примере деятельности ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ». В предыдущих главах исследования уже были проанализированы предпосылки к внедрению эффективного контракта, охватывающие преимущественно изменения показателей медицинской и экономической деятельности исследуемых государственных медицинских организаций. Также были приведены результаты внедрения эффективного контракта, охватывающие субъективную организационную составляющую (анкетирование медицинских работников для выяснения их представлений, знаний и отношения к данному инструменту мотивации и пациентов для оценки их удовлетворенности качеством оказываемых медицинских услуг). Объективные, статистически достоверные результаты внедрения и реализации эффективного контракта в деятельность государственно медицинской организации будут рассмотрены в настоящем разделе.

По данным на 2019 год, численность лечившихся составила 59 тыс. чел., а среднегодовые темпы прироста данного показателя, начиная с 2010 года, составили 5,4%. При сравнении с данными, изложенными в таблице 3, дальнейшее увеличение числа пролеченных пациентов сохраняется в периоде реализации эффективного контракта, составив +22,3% в 2019 году по сравнению с 2016 годом и +70,2%, по сравнению с 2014 годом ($p < 0,05$). Динамика лечившихся пациентов по подразделениям стационара ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в 2015–2019 годах приведена в таблице 24.

Таблица 24 — Динамика числа пролеченных больных в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, чел.

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Взрослый стационар	31107	34022	38208	40775	42527,5
Педиатрический стационар	2475	2936	3270	3012	3263,5
Перинатальный центр	9471	9440	7837	10167	11695
Дневной стационар	1767	1905	1382	1290	1566
Итого	44820	48302	50697	55224	59052

При сравнении с данными, изложенными в таблице 4, в подготовительном периоде, наблюдается приведение коечного фонда в соответствие потребностям населения в стационарной помощи, выразившееся в дальнейшем сокращении в 2015 году 167 коек круглосуточного стационара (–18,9%), в связи с открытием в 2015 году дневного стационара на 30 коек (таблица 25). В 2016 году, в связи с общим увеличением и изменением структуры пациентопотока, было увеличено число круглосуточных коек на 99 единиц (+13,7%) на фоне двукратного уменьшения числа коек дневного стационара. По причине изменения объема и структуры пациентопотока, а также открытия новых стационарных подразделений в период реализации эффективного контракта количество коек круглосуточного взрослого стационара на 2019 год было увеличено на 20 коек (3,3%) по сравнению с 2010 годом, но меньше на 14 коек (2,2%) по сравнению с 2014 годом; коечная мощность перинатального центра в 2019 году была уменьшена на 12 коек (7,4%) в сравнении с 2016 годом и на 41 койку (31,5%) в сравнении с 2014 годом. Таким образом, общая коечная мощность ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в 2016 году составил 835 коек, что на 355 коек (29,8%; ($p < 0,05$)) ниже аналогичного показателя в 2010 году. Этот показатель в 2019 году составил 838 койки, что незначительно (+0,36%; ($p > 0,05$)) выше коечной мощности в 2016 году, но существенно ниже аналогичного показателя в 2010 году — на 352 коек (29,6%; ($p < 0,05$)), что подтверждает необходимость реструктуризации

коечного фонда и приведение его в соответствие потребностям пациентопотока для увеличения эффективности работы больницы.

Таблица 25 — Динамика коечного фонда в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, ед.

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Взрослый стационар	494	598	534	511	618
Педиатрический стационар	60	60	60	60	55
Перинатальный центр	167	162	162	185	150
Дневной стационар	30	15	15	15	15

Также, при сравнении с данными, изложенными в таблице 5, в подготовительном периоде, в результате приведения коечного фонда больницы потребностям поступающего пациентопотока, к 2016 году наблюдается увеличение среднегодовой занятости койки по всем стационарным подразделениям, что привело к перегруженности взрослого и дневного стационара в 2015 году и нормализации работы в 2016 году (таблица 26). В период реализации эффективного контракта в 2019 году занятость койки взрослого стационара увеличилась — на 19,6 дней (5,7%) по сравнению с 2016 годом и на 10,3 дня (2,9%) по сравнению с 2014 годом ($p < 0,05$), что свидетельствует о приближении показателя к оптимальным целевым значениям. Средняя занятость койки педиатрического стационара в 2019 году уменьшилась на 8,1 день (2,9%) по сравнению с 2016 годом, но увеличилась на 14,4 дней (5,8%) в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$). Средняя занятость койки дневного стационара в 2019 году уменьшилась на 417,5 дней (47,3%) по сравнению с 2016 годом ($p < 0,05$), что свидетельствует о совершенствовании работы по отбору пациентов для лечения в данном подразделении и более корректном применении стационарозамещающих технологий. Средняя занятость койки перинатального центра в 2019 году увеличилась на 69,9 дней (28,5%) в сравнении с 2016 годом и на 76,1 дней (31,78%) в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$), что так же свидетельствует

приближение показателя к оптимальным целевым значениям и повышению эффективности использования коечного фонда после внедрения эффективного контракта.

Таблица 26 — Динамика среднего числа дней занятости койки в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» 2015–2019 годы, дни

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Взрослый стационар	450,4	343,3	372,0	342,3	362,9
Педиатрический стационар	222,3	271,3	290,8	308,4	263,2
Перинатальный центр	312,8	245,6	177,4	251,2	315,5
Дневной стационар	846,2	884,5	435,2	401,8	466

Ежегодная динамика изменения оборота койки в 2015–2019 годах при сравнении с данными, изложенными в таблице 6, также свидетельствует о практически двукратном росте оборота койки в подготовительном периоде (+89,9% в 2016 году в сравнении с 2014 годом, $p < 0,05$), что объясняется увеличением числа пролеченных больных на фоне сокращения коечного фонда (таблица 27).

Таблица 27 — Динамика оборота койки в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, чел.

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Стационары	50,6	61,9	65,2	71,2	76,04

В периоде реализации эффективного контракта, продолжилось увеличение оборота койки, составившее в 2019 году 76,04 пациента в год (+22,8% в сравнении с 2016 годом, $p < 0,05$), объяснимое увеличивающимся числом пролеченных больных на фоне некоторого увеличения коечного фонда.

Также в качестве показателя повышения эффективности работы стационаров ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в ходе

подготовительного периода при сравнении с данными, изложенными в таблице 7, отмечается снижение среднего койко-дня в 2016 году по сравнению с 2014 годом, во взрослом стационаре — на 2,9 суток (32,6%; $p<0,05$), в педиатрическом стационаре — на 1,4 суток (20,3%; $p<0,05$), в перинатальном центре — на 1,9 суток (31,1%; $p<0,05$) (таблица 28).

Таблица 28 — Динамика средней длительности пребывания больного на койке в стационарных подразделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, сутки

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Взрослый стационар	7,1	6	5,4	5,3	5,3
Педиатрический стационар	5,4	5,5	5,3	5,0	4,4
Перинатальный центр	5,5	4,2	3,8	5,7	4,1
Дневной стационар	12,9	12,25	9,4	11,1	8,9

Равномерное плавное снижение средней длительности пребывания больного на койке во всех подразделениях свидетельствует о системном характере реализуемых оптимизационных мер и правильности решений, направленных на введение в строй дневного стационара в качестве альтернативы круглосуточному пребыванию пациента. В результате снижение среднего койко-дня в 2016 году по сравнению с 2010 годом во взрослом стационаре составило 5,57 суток (48,1%; $p<0,05$), в педиатрическом стационаре — 1,45 суток (20,9%; $p<0,05$), в перинатальном центре — 1,58 суток (27,3%; $p<0,05$) соответственно.

Период реализации «эффективного контракта» к 2019 году характеризуется снижением среднего койко-дня во взрослом и педиатрическом стационарах на 0,7 суток (11,6%; $p<0,05$) и 1,1 суток (20,0%; $p<0,05$) в сравнении с 2016 годом соответственно, на 3,6 суток (40,4%; $p<0,05$) и на 2,5 суток (36,2%; $p<0,05$) в сравнении с 2014 годом соответственно, что объяснимо совершенствованием лечебно-

диагностической работы и применением прогрессивных подходов и методов лечения (таблица 33). Также было достигнуто снижение среднего койко-дня в перинатальном центре в 2019 году на 0,1 суток (2,4%; $p<0,05$) в сравнении с 2016 годом и на 2 суток (32,8%; $p<0,05$) в сравнении с 2014 годом, несмотря на увеличение в структуре пациентопотока пациентов с выраженной сопутствующей патологией и преждевременными родами в связи с открытием неонатологической службы в 2018 году.

При этом, в течение подготовительного периода при сравнении с данными, изложенными в таблице 8, показатель общебольничной летальности в 2016 году по сравнению с 2014 годом во взрослом стационаре снизился до 2,29% (на 0,31%; $p<0,05$), в перинатальном центре — до 1,78% (на 3,92%; $p<0,05$), что подтверждает эффективность принятых мер по совершенствованию лечебной работы.

В период реализации «эффективного контракта», дальнейшее повышение качества оказания медицинской помощи подтверждается снижением летальности в взрослом стационаре и летальности новорожденных в перинатальном центре, которая в 2019 году по сравнению с 2016 годом уменьшилась на 0,69% и 0,58% соответственно ($p<0,05$), а в сравнении с 2014 годом — на 1% и 4,5% соответственно ($p<0,05$) (таблица 29).

Таблица 29 — Динамика общебольничного показателя летальности в стационарных отделениях ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, %

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Взрослый стационар	2,29	2,29	2,03	2,0	1,6
Педиатрический стационар	0	0	0	0	0
Перинатальный центр	2,11 (ОРИТ новор.)	1,78 (ОРИТ новор.)	1,68 (ОРИТ новор.)	1,14 (ОРИТ новор.)	1,2 (ОРИТ новор.)
Дневной стационар	0	0	0	0	0

В подготовительном периоде, когда в деятельность медицинской организации были активно внедрены регламенты взаимодействия клинических и диагностических подразделений, технологические карты и стандарты выполнения медицинских услуг и манипуляций, алгоритмы и клинические протоколы диагностики и лечения различных заболеваний, медицинская информационная система с электронной историей болезни, а также был установлен системный административный и программно-аппаратный контроль за обоснованностью, объемами и качеством оказываемых диагностических услуг, при сравнении с данными, изложенными в таблице 9, отмечается общее увеличение выполнения диагностических исследований на 12,6% (на 284,8 тыс.) в 2016 году по сравнению с 2014 годом ($p < 0,05$) (таблица 30).

Таблица 30 — Динамика числа выполненных диагностических исследований ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы

Показатель	Показатель	Ед. изм.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Лабораторные исследования (стационар)	Количество	тыс.	2467,4	2266,2	2346,0	2788,4	2956,9
	Динамика	%	25,6	–8,2	3,5	18,8	6,04
УЗ-исследования	Количество	тыс.	124,3	113,8	96,8	175,7	222,2
	Динамика	%	–1,3	–8,4	–14,9	81,5	26,5
Рентгенологические исследования, в т.ч. КТ и МРТ	Количество	тыс.	56,6	60,8	69,8	74,1	76,5
	Динамика	%	7,4	11,0	14,8	6,1	9,6
Функциональная диагностика и иные исследования	Количество	тыс.	66,3	87,0	75,2	72,2	81,04
	Динамика	%	–12,5	31,3	–13,5	–3,9	12,2

Помимо того, что в ходе подготовительного периода имеющийся парк диагностического оборудования был модернизирован либо приведен в работоспособное состояние, а также численность врачей-диагностов были приведены в соответствие с потребностями медицинской организации, на фоне общего увеличения качества и эффективности медицинской деятельности ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» по отдельным направлениям диагностических исследований наблюдаются следующие

тенденции: увеличение числа лабораторных исследований на 15,3% (на 301,4 тыс.) в 2016 году в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$), уменьшение числа УЗ-исследований на 9,7% (на 12,2 тыс.) в 2016 году в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$), уменьшение числа рентгенологических исследований на 20,4% (на 15,6 тыс.) в 2016 году по сравнению с 2014 годом ($p < 0,05$), увеличение числа функциональных диагностических и иных исследований на 14,8% (11,2 тыс.) в 2016 году в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$). Данные тенденции подтверждают усиление контроля за обоснованностью выбора и эффективностью применения конкретных видов диагностических исследований в медицинских организациях, что позволило улучшить доступность диагностической помощи в ЗелАО г. Москвы, а также перенаправить освободившийся ресурс инструментальной диагностики из стационарного в амбулаторное звено, что подтверждается увеличением на 19,3% (на 409,8 тыс.) общего числа диагностических исследований, проводившихся по различным направлениям ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в 2016 году в сравнении с 2010 годом ($p < 0,05$). По отдельным направлениям диагностических исследований в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в 2016 году в сравнении с 2010 годом наблюдается увеличение числа лабораторных исследований на 17% ($p < 0,05$), УЗ-исследований — на 55,5% ($p < 0,05$), рентгенологических исследований (включая КТ и МРТ) — на 64% ($p < 0,05$), функциональных диагностических и иных исследований — на 31% ($p < 0,05$). В период реализации эффективного контракта, активность диагностической работы в организации в 2019 году в сравнении с 2016 годом и 2014 годом характеризуется увеличением объемов лабораторных исследований на 30,5% и 50,5% соответственно ($p < 0,05$), увеличением числа УЗ-исследований на 95,3% и 76,3% соответственно ($p < 0,05$), увеличением числа рентгенологических исследований (включая КТ и МРТ) на 25,8% и 1,3% соответственно ($p < 0,05$). На этом фоне, снижение объемов функциональных и эндоскопических исследований в 2019 году на 6,8% в сравнении с 2016 годом ($p < 0,05$) и увеличение на 6,9% в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$) так же объясняется совершенствованием как самой

диагностической работы и перенаправлением свободных ресурсов в амбулаторное звено, так и контролем за обоснованностью выбора и применения диагностических исследований в медицинской организации.

Продолжившееся в периоде реализации эффективного контракта усиление диагностической службы в стационарном и амбулаторном звеньях медицинской организации, которое позволило обоснованно расширить использование диагностических методов в лечебной работе, явилось одним из значимых факторов, позволивших добиться улучшения качества оказания медицинской помощи в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», что подтверждается снижением показателей среднего койко-дня и общебольничной летальности.

Таким образом, после завершения подготовительного периода деятельности медицинской организации, позволившему к концу 2016 года добиться значительного совершенствования производственных процессов и улучшения показателей лечебно-оздоровительной деятельности, перевод медицинского персонала на эффективный контракт становится одним из основных инструментов обеспечения качественной медицинской помощи, а в решении проблемы низкой эффективности лечебной работы удалось достичь значительного прогресса.

При анализе финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций ЗелАО, за период с 2015 по 2019 годы при сравнении с данными, представленными на рисунке 3, наблюдается увеличение совокупного бюджета ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (рис. 23). На графике четко прослеживается динамика увеличения совокупного бюджета к 2019 году в сравнении с предыдущими годами ($p < 0,05$).

При этом отмечающееся увеличение совокупного бюджета медицинской организации на этапах подготовки внедрения и реализации эффективного контракта на 256,7% в 2019 году в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$) произошло за счет следующих факторов:

- роста объемов оказания медицинской помощи в рамках договоров ОМС и ПМУ медицинской помощи,
- роста показателей эффективности медицинской деятельности основных подразделений ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», таких как оборот койки, снижение койко-дня и т.п.

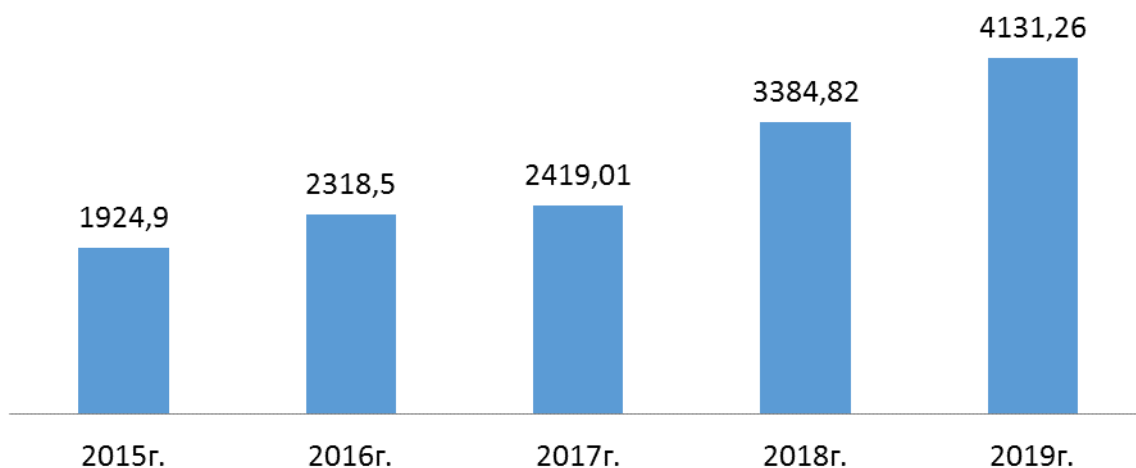


Рисунок 23 — Динамика совокупного бюджета ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, млн. руб.

В условиях перевода персонала бюджетных учреждений на эффективный контракт особую значимость приобрело направление оказания платных медицинских услуг как одного из основных источников дополнительного внебюджетного финансирования заработной платы медицинского персонала. Так, при сравнении с данными, представленными на рисунке 4 и рисунке 5, в структуре финансовых поступлений в совокупный бюджет медицинской организации, в наблюдаемый период с 2015 по 2019 годы отмечается значительное увеличение ($p < 0,05$) доходов не только от оказания медицинской помощи в рамках ОМС (рис. 24), но и от оказания ПМУ (рис. 25).

В подготовительном периоде к 2016 году в сравнении с 2014 годом доход от оказания медицинской помощи пациентам в рамках ОМС

увеличился в 1,9 раз (+90,5%; $p < 0,05$), а доход от оказания ПМУ увеличился в 10,2 раза (+920%; $p < 0,05$). В периоде реализации эффективного контракта, в 2019 году в сравнении с 2016 годом доходы от оказания медицинской помощи пациентам в рамках ОМС и ПМУ увеличились в 1,6 раз (+59,9%; $p < 0,05$) и в 1,55 раза (+55,04%; $p < 0,05$) соответственно.

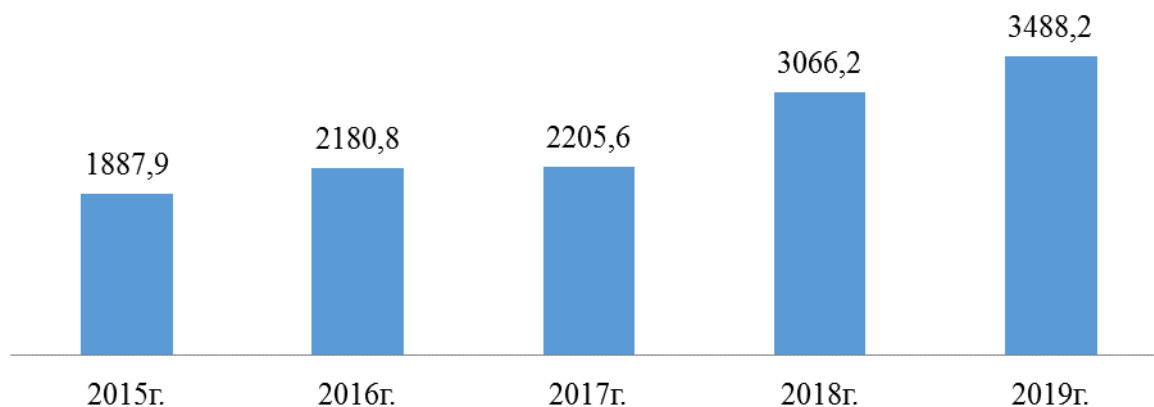


Рисунок 24 — Динамика доходов от оказания медицинских услуг по ОМС в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, млн. руб.

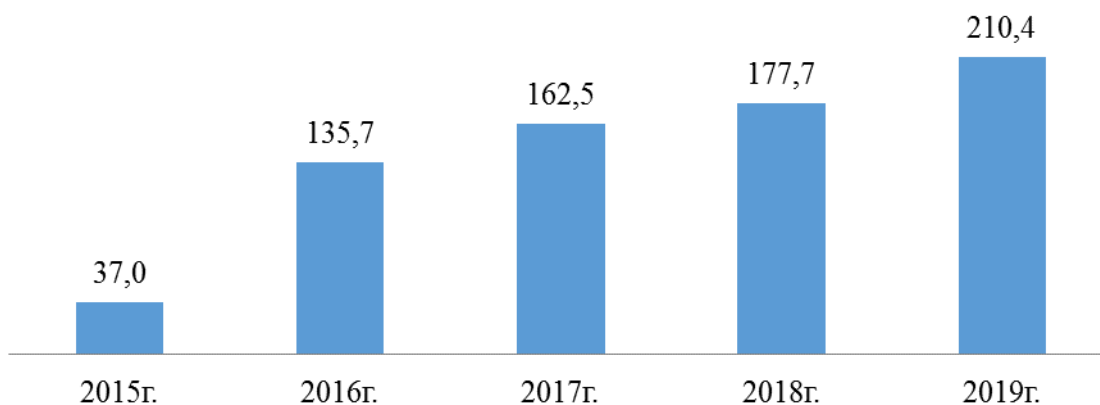


Рисунок 25 — Динамика доходов от оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, млн. руб.

Таким образом, поступления в консолидированный бюджет организации от основного вида деятельности, которым является медицинская

деятельность, имеют положительную динамику различной интенсивности в течении всего интервала наблюдения с 2010 по 2019 годы. В подготовительном периоде, динамика составила +100% в 2016 году в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$) и +184,7% в сравнении с 2010 годом ($p < 0,05$). В период реализации эффективного контракта, динамика поступлений от медицинской деятельности в 2019 году в сравнении с 2016, 2014 и 2010 годами составила +59,6%, + 256,7% и +354,7% соответственно. Различия статистически значимы ($p < 0,05$). Подобные темпы прироста доходов от медицинской деятельности в подготовительном периоде и периоде реализации эффективного контракта объясняются:

- произошедшими кадровыми преобразованиями;
- совершенствованием организационной структуры организации;
- внедрением внутренних протоколов и алгоритмов оказания медицинской помощи;
- началом оказания в 2016 году высокотехнологичных видов помощи;
- вводом новых видов платных медицинских услуг и инфраструктурным обеспечением данного направления;
- активным вовлечением и увеличением мотивации медицинского персонала к оказанию платных медицинских услуг.

Дальнейшие исследования были посвящены оценке показателей эффективности труда в медицинской организации.

В реорганизационный (подготовительный) период деятельности медицинской организации 2015–2016 годов четко прослеживается тенденция в оптимизации ставок в соответствии с задачами государственной политики в сфере медицины, потребностями населения в медицинской помощи и задачами медицинской организации (рис. 26). При сравнении с данными, представленными на рисунке 6, число ставок в 2016 году уменьшилось на

38,8% (на 827,25 ставок) в сравнении с 2014 годом ($p<0,05$) и на 36,5% (на 751,5 ставок) в сравнении с 2010 годом ($p<0,05$).

В период реализации эффективного контракта прослеживается нарастающая динамика увеличения числа ставок медперсонала в 1,5 раза к 2019 году в сравнении с 2016 годом ($p<0,05$) преимущественно за счет увеличения врачебных и сестринских ставок; что обусловлено открытием новых подразделений для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной медицинской) помощи, соответствующим потребностям населения и структуре пациентопотока. При этом штат медицинской организации в 2019 году составил 92% от числа ставок штата 2014 года ($p<0,05$).

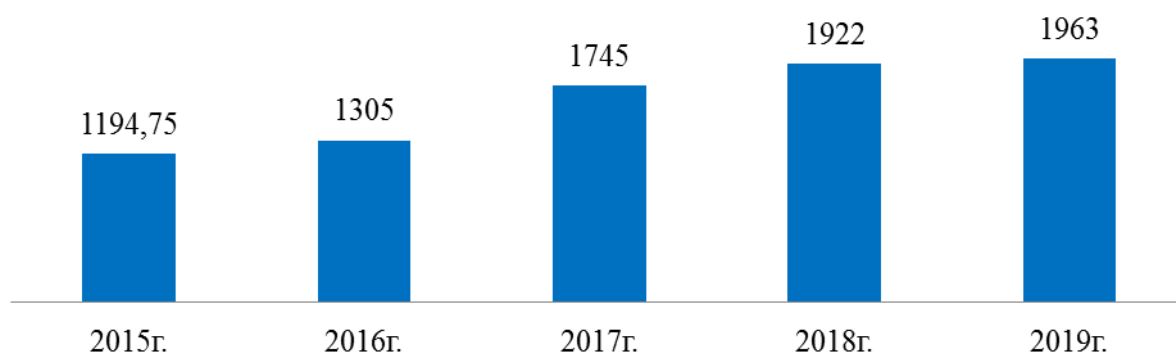


Рисунок 26 — Динамика штатов в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», 2015–2019 годы, ставки.

Увеличение пациентопотока, значительное снижение числа ставок на фоне оптимизации процессов трудовой деятельности медицинских работников и снижении бюрократических издержек в подготовительном периоде способствовали увеличению производительности труда и росту экономической эффективности медицинской деятельности. При сравнении с данными, представленными на рисунке 7, в подготовительном периоде отмечается рост производительности труда медицинского персонала при оказании медицинских услуг в рамках ОМС, что подтверждается

увеличением в 2,8 раза (+181,3%) выработки комплексных медицинских услуг ОМС на одну ставку в 2019 году по сравнению с 2014 годом ($p < 0,05$) (рис.27).

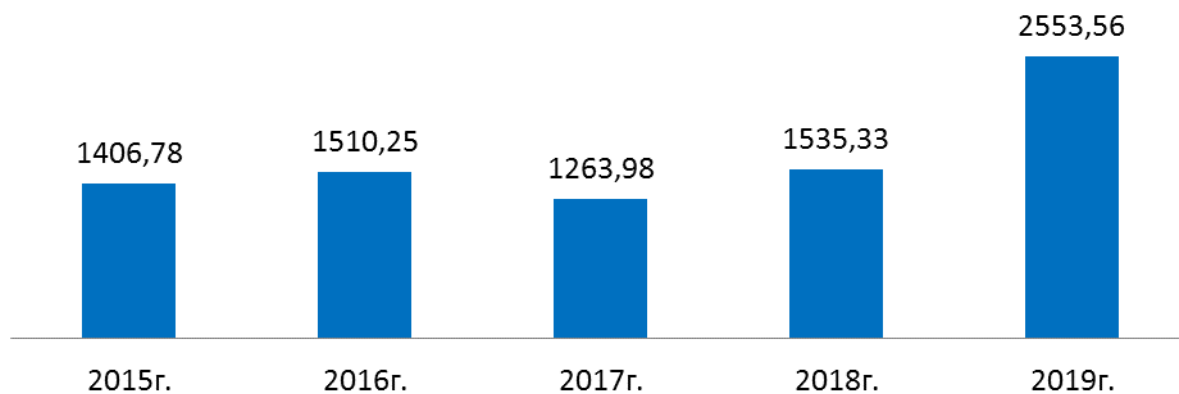


Рисунок 27 — Выработка комплексных медицинских услуг ОМС в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», на одну ставку, 2015–2019 годы, руб.

В периоде реализации эффективного контракта произошедшее увеличение штата медицинских работников в связи с открытием новых подразделений привело к временному снижению выработки комплексных медицинских услуг ОМС в 2017 году (–16,3% в сравнении с 2016 годом; $p < 0,05$). Однако дальнейшее увеличение производительности и эффективности труда компенсировало снижение и привело к увеличению выработки услуг ОМС на 1 ставку медперсонала в 2019 году в 1,7 раза (+69,1%) в сравнении с 2016 годом ($p < 0,05$).

Увеличение объема ПМУ в подготовительном периоде на фоне снижения количества ставок персонала и активная политика администрации по вовлечению коллектива в оказании ПМУ обусловили увеличение производительности труда в виде выработки ПМУ на 1 ставку (рис.28). При сравнении с данными, представленными на рисунке 8, выработка ПМУ на 1 ставку в 2016 году в сравнении с 2014 годом увеличилась в 15 раз (на 87727 руб.; $p < 0,05$), а в сравнении с 2010 годом — в 226 раз (на 93560 руб.; $p < 0,05$).

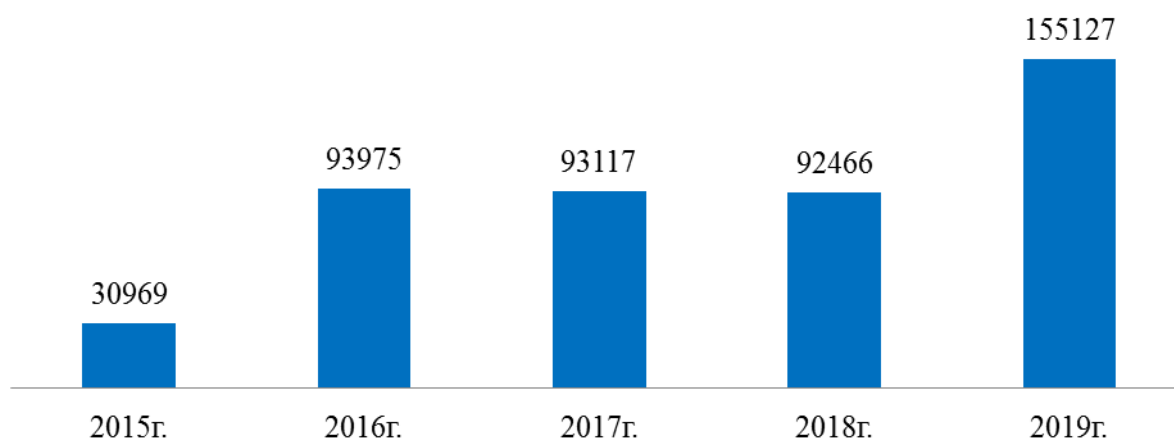


Рисунок 28 — Выработка платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», на одну ставку, 2015–2019 годы, руб.

В период реализации эффективного контракта наблюдается незначительное (менее 1000 руб. на 1 ставку) снижение выработки ПМУ в 2017–2018 годы по причине увеличения штата и численности медицинского персонала. При этом, в 2019 году отмечается значительное увеличение выработки ПМУ, составившее более 155 тыс. руб. на 1 ставку (+65,0% в сравнении с 2016 годом; $p < 0,05$), что обусловлено значительным ростом доходов от оказания ПМУ и максимальным вовлечением персонала организации.

На этом фоне при сравнении с данными, изложенными в таблице 10, различия в динамике среднемесячной производительности труда (выработке) в области ПМУ среди врачей и среднего медицинского персонала становятся более выраженными (таблица 31).

В подготовительном периоде к 2016 году в сравнении с 2014 годом отмечается значительное увеличение среднемесячной выработки ПМУ — в 8,5 раз у врачей и в 10,9 раз у среднего медицинского персонала ($p < 0,05$). Такой значительный рост выработки ПМУ в данном периоде объясняется значительным увеличением объема оказанных ПМУ и увеличением штата

медицинских работников, вовлеченных в оказанию ПМУ в организации, на фоне значительного общего сокращения штата персонала.

Таблица 31 — Среднемесячная выработка платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» на 1 ставку по категориям медицинского персонала, 2015–2019 годы, руб.

Период	Категории сотрудников	Штатная численность сотрудников вовлеченных в оказании ПМУ, Ед.	Среднемесячная производительность труда (выработка ПМУ), руб.
2015 г.	Врачи	315,50	117 274,17
	СМП	595,50	62 132,66
2016 г.	Врачи	361,00	375 900,28
	СМП	639,50	212 197,03
2017 г.	Врачи	433,75	374 616,71
	СМП	765,25	212 335,84
2018 г.	Врачи	482,75	368 140,86
	СМП	829,75	214 185,00
2019 г.	Врачи	494,00	425 809,72
	СМП	832,75	252 596,82

В период реализации эффективного контракта в первые два года (2017 и 2018 годы) отмечается снижение выработки платных медицинских услуг у врачей, составившее –2,1% в 2018 году в сравнении с 2016 годом ($p < 0,05$) на фоне незначительного увеличения выработки ПМУ у среднего медперсонала, составившего +1,9% в 2018 году в сравнении с 2016 годом ($p > 0,05$). Данная динамика обосновывается увеличением объема оказанных ПМУ и увеличением штата медицинских работников, вовлеченных в оказанию ПМУ в организации на фоне увеличения штата медицинского персонала. К третьему году наблюдается значительный рост производительности медицинских работников при оказании ПМУ, составивший в 2019 году в

сравнении с 2018 и 2016 годам +15,5% и +87,8% для врачей, а также +17,9% и +18,9% для среднего медицинского персонала соответственно ($p<0,05$).

К положительным результатам внедрения эффективного контракта, также следует отнести снижение штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций за оказание медицинской помощи в рамках ОМС.

В подготовительном периоде при сравнении данных изложенных в таблице 32, с данными, изложенными в таблице 11, отмечается общее снижение объемов штрафных санкций ОМС в амбулаторной сети по всем группам дефектов (суммарно –10,98% от выручки ОМС в 2016 году в сравнении с 2014 годом; $p<0,05$). В 2016 году в сравнении с 2014 годом объемы штрафом ОМС по дефектам доступности медицинской помощи уменьшились на 1,85% ($p<0,05$), по дефектам медицинской помощи уменьшились на 2,69% ($p<0,05$), по дефектам оформления медицинской документации — на 4,94% ($p<0,05$). В периоде внедрения и реализации эффективного контракта в амбулаторной сети отмечается общее снижение объемов штрафных санкций ОМС по всем группам дефектов: суммарно – 3,71% от выручки ОМС в 2019 году в сравнении с 2016 годом ($p<0,05$) и –14,38% в 2019 году в сравнении с 2014 годом ($p<0,05$). В 2019 году в сравнении с 2016 году объемы штрафов ОМС по дефектам доступности медицинской помощи уменьшились на 1,12% ($p<0,05$), по дефектам медицинской помощи — на 0,63% ($p<0,05$), по дефектам оформления медицинской документации — на 1,96% ($p<0,05$).

В рамках оказания медицинских услуг в рамках ОМС в стационарной сети при сравнении данных таблицы 33 с данными таблицы 11 отмечается снижение объемов штрафных санкций на этапах подготовки, внедрения и реализации эффективного контракта в медицинских организациях, наблюдается в стационарной сети (таблица 33).

Таблица 32 — Динамика штрафов по группам дефектов в амбулаторной сети (% от выручки ОМС), 201–2019 годы

Виды дефектов		Подготовительный этап внедрения ЭК		Внедрен эффективный контракт		
(Амбулаторные подразделения)		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
1	Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц	1,61	1,20	1,10	0,20	0,08
1.1	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации.	1,40	1,15	1,08	0,20	0,08
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
1.3	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.	0,13	0,05	0,02	0,00	0,00
1.4	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
3	Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи	1,50	0,90	0,70	0,45	0,27
3.1	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
3.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0,73	0,58	0,55	0,42	0,25
3.3	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий.	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00
3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,07	0,03	0,01	0,00	0,00
3.5	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,07	0,03	0,02	0,01	0,01
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
3.9	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской	0,40	0,17	0,09	0,01	0,00

Виды дефектов		Подготовительный этап внедрения ЭК		Внедрен эффективный контракт		
(Амбулаторные подразделения)		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
	помощи					
3.10	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00
3.11	Непринятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,10	0,05	0,03	0,01	0,01
3.13	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.14	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00
4	Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	4,10	3,00	2,70	1,45	1,04
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,00	0,90	0,70	0,00	0,00
4.2	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,70	0,80	0,95	0,81	0,60
4.3	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,40	0,35	0,35	0,26	0,04
4.4	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,50	0,90	0,70	0,38	0,40
4.5	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	1,20	0,05	0,00	0,00	0,00
	Итого:	7,21	5,10	4,50	2,10	1,39

Таблица 33 — Динамика штрафов ОМС по группам дефектов в стационарной сети (% от выручки ОМС), 2015–2019 годы

Виды дефектов		Подготовительный этап внедрения ЭК		Внедрен эффективный контракт		
(Стационарные подразделения)		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
1	Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц	0,5	0,1	0	0	0
1.1	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации.	0,32	0,1	0	0	0
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.	0,03	0	0	0	0
1.3	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.	0,1	0	0	0	0
1.4	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0,03	0	0	0	0
1.5	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0,02	0	0	0	0
3	Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи	1,45	0,89	0,64	0,35	0,14
3.1	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,01	0	0	0	0
3.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0,57	0,42	0,36	0,2	0,11
3.3	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий.	0,02	0,01	0	0	0
3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,07	0,03	0,01	0	0
3.5	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,07	0,03	0,02	0,02	0,01
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,01	0	0	0	0

Продолжение таблицы 33

Виды дефектов		Подготовительный этап внедрения ЭК		Внедрен эффективный контракт		
(Стационарные подразделения)		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
3.7	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	0,09	0,09	0,08	0,08	0,02
3.8	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,07	0,07	0,05	0,03	0
3.9	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц в рамках стандартов медицинской помощи	0,4	0,17	0,09	0,01	0
3.11	Непринятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	0,01	0,01	0	0	0
3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,1	0,05	0,03	0,01	0
3.13	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0	0	0	0	0
3.14	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,03	0,01	0	0	0
4	Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	5,1	3,7	3,3	2,45	1,03
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	0,5	0,3	0,2	0	0
4.2	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	1,7	1,65	1,6	1,15	0,33
4.3	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,2	0,1	0	0	0
4.4	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	1,9	1,6	1,5	1,3	0,7
4.5	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	0,05	0	0	0	0
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	0,75	0,05	0	0	0
	Итого	8,1	5,7	4	2,7	1.17

В подготовительном периоде при сравнении данных, изложенных в таблице 12, отмечается общее снижение объемов штрафных санкций ОМС в стационарах по всем группам дефектов (суммарно на 7,12% в 2016 году в сравнении с 2014 годом: $p < 0,05$). Также в 2016 году в сравнении с 2014 годом объемы штрафов ОМС по дефектам доступности медицинской помощи уменьшились на 0,5% и снизились до нулевых значений ($p < 0,05$), по дефектам медицинской помощи — на 2,81% ($p < 0,05$), по дефектам оформления медицинской документации — на 3,1% ($p < 0,05$).

В периоде внедрения и реализации эффективного контракта отмечается общее снижение объемов штрафных санкций ОМС в стационарах по всем группам дефектов: суммарно на 4,53% в 2019 году в сравнении с 2016 годом ($p < 0,05$) и на 11,65% в 2019 году в сравнении с 2014 годом ($p < 0,05$). В 2019 году в сравнении с 2016 годом объемы штрафом ОМС по дефектам доступности медицинской помощи сохранились на уровне нулевых значений, уменьшились по дефектам медицинской помощи на 0,5% ($p < 0,05$), а по дефектам оформления медицинской документации — на 2,27% ($p < 0,05$).

Общая тенденция, характеризующая ситуацию со штрафами ОМС по всем видам дефектов, позволяет сделать выводы о том, что объемы штрафов в относительном выражении снизились за исследуемый период (с 2011 по 2019 годы) в 7,2 раза ($p < 0,05$), составив максимальное значение в 1,39% от выручки ОМС для амбулаторной сети и в 5,7 раз ($p < 0,05$), составив максимальный объем в 1,17% от выручки ОМС для стационарной сети; при этом некоторые дефекты качества медицинской помощи, касающиеся доступности, качества ее оказания и ведения медицинской документации, были полностью нивелированы (штрафы по ним не выставлялись).

Для оценки эффективности внедрения эффективного контракта так же требуется проведение анализа следующих количественных результатов реализации данного инструмента.

1. Распределения стимулирующих выплат между медицинским персоналом в среднем по ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» и в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной группе в период внедрения эффективного контракта, в том числе учитывающим:

- долю стимулирующих выплат, осуществленных с учетом качества медицинских услуг, заложенных в показателях эффективности каждого работника и без учета качества медицинских услуг;

- долю стимулирующих выплат, осуществленных с учетом и без учета высоких результатов работы и интенсивности в период внедрения эффективного контракта в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

2. Среднее значение набранных баллов (отношение фактического значения набранных баллов сотрудником/группой сотрудников к максимально возможному значению баллов) показателей эффективности от максимального — в среднем по ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» и в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной группе за период внедрения эффективного контракта.

3. Анализа корреляции между изменением среднего значения процента набранных баллов и показателями результативности ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

Далее представлены результаты внедрения эффективного контракта в соответствии с обозначенными аналитическими параметрами.

На рисунке 29 представлено распределение стимулирующих выплат между медицинским персоналом в период внедрения эффективного контракта в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в поквартальной разбивке.

Как видно, к началу 2018 года в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» полностью перешли к формированию мотивационной части оплаты

персонала, основанной на фактических оценках качества оказанных медицинских услуг. К концу 2017 года более 89% стимулирующих выплат связано с результатами фактических балльных оценок медицинского персонала по качеству оказанных медицинских услуг.



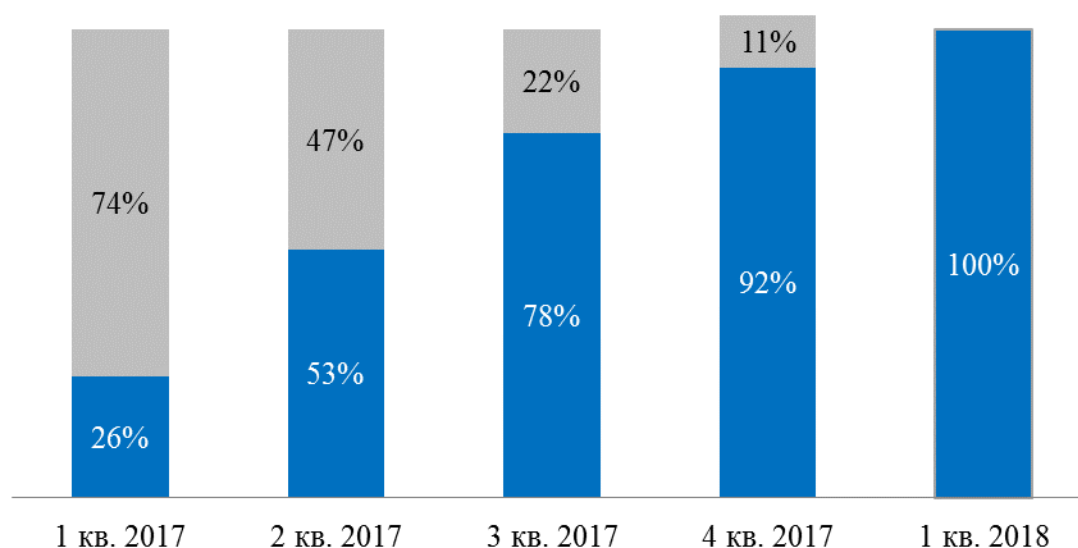
Рисунок 29 — Распределение стимулирующих выплат между медицинским персоналом в период внедрения эффективного контракта в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в поквартальной разбивке, %

В таблице 34 представлено распределение стимулирующих выплат между сотрудниками с учетом и без учета показателей качества в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной группе со времени внедрения эффективного контракта в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

Таблица 34 — Распределение стимулирующих выплат между сотрудниками с учетом и без учета показателей качества в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной группе за период внедрения эффективного контракта

Параметр категоризации медицинского персонала	1 кв. 2017	2 кв. 2017	3 кв. 2017	4 кв. 2017
Стимулирующие выплаты за качество выполненных работ, %				
<i>Профиль специалистов</i>				
Хирургический	26	51	74	92
Терапевтический	24	48	70	89
Акушерско-гинекологический	25	47	71	88
Диагностический	23	49	75	89
Общебольничный персонал	21	51	72	87
<i>Профиль службы</i>				
Амбулаторная служба	28	56	77	90
Стационарная служба	22	46	71	87
<i>Профессиональная квалификационная группа</i>				
Медицинский персонал первого уровня	17	44	68	83
Средний медицинский персонал	19	47	73	88
Врачи	23	52	75	91
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	28	54	78	93
Стимулирующие выплаты за качество выполненных работ, %				
<i>Профиль специалистов</i>				
Хирургический	74	49	26	8
Терапевтический	76	52	30	11
Акушерско-гинекологический	75	53	29	12
Диагностический	77	51	25	11
Общебольничный персонал	79	49	28	13
<i>Профиль службы</i>				
Амбулаторная служба	72	44	23	10
Стационарная служба	78	54	29	13
<i>Профессиональная квалификационная группа</i>				
Медицинский персонал первого уровня	83	56	32	17
Средний медицинский персонал	81	53	27	12
Врачи	77	48	25	9
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	72	46	22	7

Схожая тенденция наблюдается и в распределении стимулирующих выплат по результатам фактических оценок медицинского персонала за высокие результаты и интенсивность (рис. 30).



- Охват медицинского персонала стимулирующими выплатами, без учета высоких результатов и интенсивности
- Охват медицинского персонала стимулирующими выплатами, с учетом высоких результатов и интенсивности

Рисунок 30 — Распределение стимулирующих выплат между медицинским персоналом с учетом и без учета высоких результатов работы и интенсивности в период внедрения эффективного контракта в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в поквартальной разбивке, %.

Структура стимулирующих выплат в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» с учетом и без учета высоких результатов работы и интенсивности в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной группе приведено в таблице 35.

Таблица 35 — Распределение стимулирующих выплат между сотрудниками с учетом и без учета высоких результатов работы и интенсивности в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной группе за период внедрения эффективного контракта, %

Параметр категоризации медицинского персонала	1 кв. 2017	2 кв. 2017	1 кв. 2017	4 кв. 2017
Охват стимулирующими выплатами медицинского персонала с учетом высоких результатов работы и интенсивности, %				
<i>Профиль специалистов</i>				
Хирургический	28	54	82	94
Терапевтический	25	49	81	89
Акушерско-гинекологический	26	48	77	90
Диагностический	24	51	76	91
Общепольничный персонал	22	52	75	90
<i>Профиль службы</i>				
Амбулаторная служба	31	57	79	94
Стационарная служба	25	48	76	89
<i>Профессиональная квалификационная группа</i>				
Медицинский персонал первого уровня	28	56	79	94
Средний медицинский персонал	26	52	77	91
Врачи	25	51	76	92
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	24	50	76	89
Стимулирующие выплаты без учета высоких результатов работы и интенсивности, %				
<i>Профиль специалистов</i>				
Хирургический	72	46	18	6
Терапевтический	75	51	19	11
Акушерско-гинекологический	74	52	23	10
Диагностический	76	49	24	9
Общепольничный персонал	78	48	25	10
<i>Профиль службы</i>				
Амбулаторная служба	69	43	21	6
Стационарная служба	75	52	24	11
<i>Профессиональная квалификационная группа</i>				
Медицинский персонал первого уровня	72	44	21	6
Средний медицинский персонал	74	48	23	9
Врачи	75	49	24	8
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	76	50	24	11

Как следует из таблицы 35, в период внедрения эффективного контракта не наблюдалось существенных диспропорций по распределению стимулирующих выплат между различными профилями специалистов, профилями службы и профессиональными квалификационными группами медицинского персонала.

В соответствии с разработанной и реализованной в деятельности ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» методикой внедрения эффективного контракта оценка персонала и его стимулирование производится на основе достижения им фактических значений балльных показателей, закрепленных в приложениях к трудовому договору. Как показал анализ, понимание медицинским персоналом преимуществ и сути механизма эффективного контракта, значимости качества оказываемых медицинских услуг, высоких результатов и интенсивности позволило со времени его внедрения повысить значения набранных баллов от максимального (рис. 31).

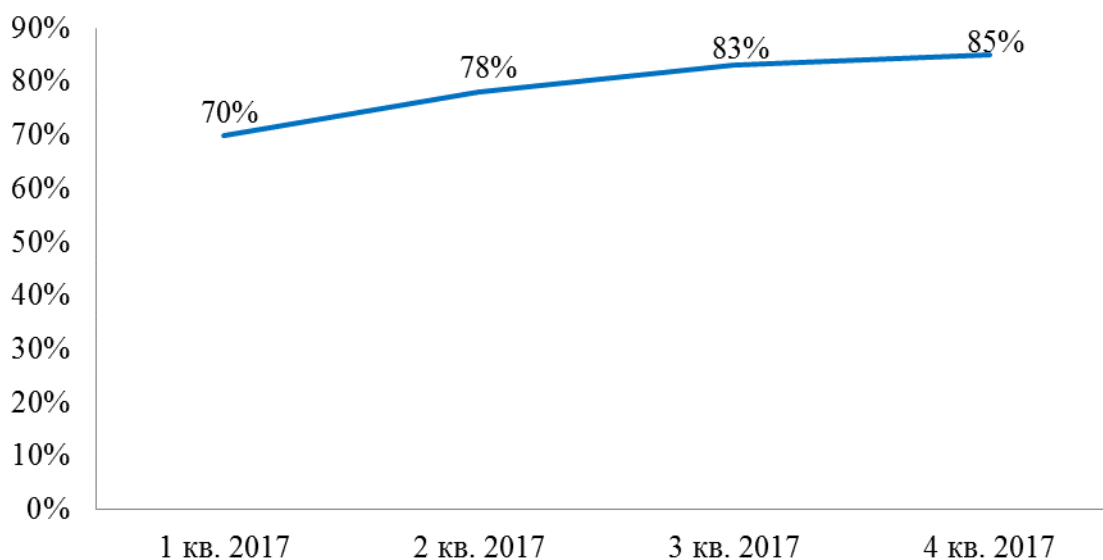


Рисунок 31 — Среднее значение процента набранных баллов показателей эффективности от максимального в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в поквартальной разбивке, %

К 2018 году средний процент фактически набранных баллов от максимального значения баллов составлял уже 85%. В таблице 36 приведены значения данного показателя в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной групп.

Таблица 36 — Среднее значение процента набранных баллов показателей эффективности от максимального в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в разбивке по профилю специалистов, профилю службы и профессиональной квалификационной группе за период внедрения эффективного контракта, %

Параметр категоризации медицинского персонала	1 кв. 2017	2 кв. 2017	3 кв. 2017	4 кв. 2017
<i>Профиль специалистов</i>				
Хирургический	80	86	87	89
Терапевтический	76	79	83	86
Акушерско-гинекологический	65	75	81	86
Диагностический	67	74	84	85
Общебольничный персонал	64	74	80	84
<i>Профиль службы</i>				
Амбулаторная служба	72	79	85	87
Стационарная служба	69	77	81	83
<i>Профессиональная квалификационная группа</i>				
Медицинский персонал первого уровня	71	80	84	87
Средний медицинский персонал	70	79	82	85
Врачи	69	76	81	84
Руководители структурных подразделений с высшим медицинским образованием	71	76	83	82

Для проведения анализа результатов внедрения эффективного контракта также возможно использовать оценку корреляции между средним процентом фактически набранных баллов от максимального значения баллов и основными показателями результативности рассматриваемого медицинской организации, приведенных в предыдущих разделах настоящего исследования, в том числе:

- ежемесячный темп прироста доходов;
- ежемесячный темп прироста доходов от оказания платных услуг;

- динамика показателя выработки платных медицинских услуг на одну ставку;
- динамика отношения числа обоснованных жалоб к числу пролеченных пациентов;
- динамика отношения удельного веса штрафа по результатам экспертиз к объему выручки ОМС.

Для проведения корреляционного анализа использовались исходные фактические значения выбранных показателей за период внедрения эффективного контракт (таблица 37).

Таблица 37 — Исходные значения балльных оценок качества работы медицинского персонала и показателей результативности для проведения корреляционного анализа в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» за период внедрения эффективного контракта

Период оценки, 2017 год	Средний % от максимального балла	Помесячный темп прироста доходов, %	Помесячный темп прироста доходов от оказания платных услуг, %	показателя выработки платных медицинских услуг на одну ставку	отношения числа обоснованных жалоб к числу пролеченных	Помесячный удельный вес штрафа в сумме выручки за медицинские
Январь	67	2,3	4,3	3,1	2,2	5,9
Февраль	69	3,1	5,6	4,3	2,3	5,4
Март	73	3,1	5,5	3,7	2,1	4,7
1 квартал	70	2,8	5,1	3,7	2,2	5,4
Апрель	75	3,4	5,7	3,5	2	4,2
Май	78	4,5	7,2	3,6	1,6	3,6
Июнь	81	5,8	8,4	3,4	1,1	4,3
2 квартал	78	4,6	7,1	3,5	1,6	4,0
Июль	82	8,6	11,7	4,5	-1,2	4,2
Август	83	9,8	13,4	4,9	0,5	3,8
Сентябрь	84	10,1	14,7	4,4	-1,4	3,5
3 квартал	83	9,5	13,3	4,6	-0,7	3,9
Октябрь	83	12,8	16,9	5,1	-3,3	3,0
Ноябрь	86	12,7	17,2	5,2	-3,4	2,6
Декабрь	87	12,9	17,4	5,2	-3,5	2,8
4 квартал	85	12,8	17,2	5,2	-3,4	2,8

Расчеты корреляционных зависимостей позволили установить следующую связь между средним процентом фактически набранных баллов от максимального значения баллов и основными показателями результативности ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (рис. 32).

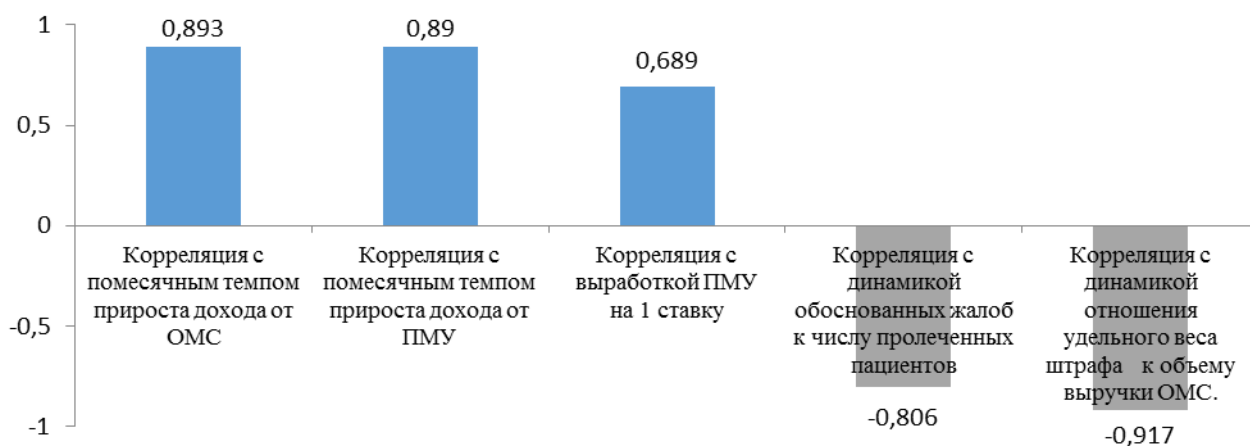


Рисунок 32 — Корреляция изменения среднего процента от максимального балла по качеству оценки трудовой деятельности медицинского персонала с показателями результативности.

Согласно устоявшимся в статистической науке представлениям [76], полученные значения корреляции можно интерпретировать следующим образом:

- между результатами оценки трудовой деятельности медицинского персонала в динамике и темпами прироста доходов медицинской организации наблюдается очень сильная прямая зависимость (0,893);
- аналогичная сильная прямая зависимость (0,890) наблюдается между оцениваемым параметром качества медицинских услуг, высоких результатов и интенсивности и приростом доходов от оказания платных медицинских услуг;

– между результатами оценки трудовой деятельности медицинского персонала в динамике и производительностью труда в медицинской организации наблюдается средняя прямая зависимость (0,689);

– между результатами оценки трудовой деятельности медицинского персонала в динамике и динамикой жалоб пациентов наблюдается сильная обратная связь ($-0,806$);

– между результатами трудовой деятельности медицинского персонала оценки медицинского персонала в динамике и объемом штрафных санкций ОМС, наблюдается очень сильная обратная связь ($-0,917$).

Таким образом, в ходе корреляционного анализа результатов внедрения эффективного контракта в деятельность государственной медицинской организации доказана сильная обратная корреляционная связь между результатами оценки трудовой деятельности медицинского персонала и качеством оказания медицинской помощи.

На основании статистически достоверных данных анализа результатов внедрения эффективного контракта можно сделать выводы о положительном влиянии всего комплекса изменений в государственной медицинской организации, проведенном в ходе подготовки, внедрения и реализации эффективного контракта в ее деятельность, а также на улучшение качества медицинской помощи.

6.2. Предложения по совершенствованию реализации эффективного контракта

Основываясь на результатах исследования, опыте внедрения эффективного контракта, апробации предложенных в настоящем исследовании методик, можно представить предложения по совершенствованию реализации эффективного контракта.

Так, при внедрении эффективного контракта особое внимание следует обращать на следующие аспекты.

1. Внедрение эффективного контракта в деятельность государственных медицинских организаций необходимо проводить при наличии четко определенных предпосылок, а также при возможности выполнения предварительных работ в части повышения эффективности деятельности организации.

2. В части организации труда медицинского персонала, необходимо применение эффективных методик планирования труда, зарекомендовавших себя, в том числе не только в деятельности бюджетных организаций. К таким методикам можно отнести методики сетевого планирования должностных обязанностей.

Появление сетевого планирования в управлении персоналом стало следствием поиска оптимальных методов планирования трудовых процессов. Так, первые труды в данной области появляются уже в 60-х гг. 20 века.

Сетевое планирование должностных обязанностей позволяет:

- формировать календарный план предоставления определенного объема медицинских услуг;
- выявить и мобилизовать резервы времени и трудовых ресурсов;
- повысить эффективность управления путем распределения ответственности между руководителями различных уровней.

Сетевой метод позволяет на основе применения сетевой модели (сетевого графика) обеспечить рациональное управление медицинским персоналом, в том числе в вопросах планирования, организации, координации и контроля предоставления определенного объема медицинских услуг, используя возможности медицинской организации.

В целом, сетевой метод планирования должностных обязанностей должен позволять обеспечивать реализацию принципа «сквозного» формирования показателей эффективности в отношении каждого сотрудника: общие цели развития в отношении медицинской организации декомпозируются на подчиненные цели в отношении подразделений,

которые в дальнейшем разбиваются на частные задачи и показатели в отношении каждого работника медицинской организации.

Использование сетевого метода планирования должностных полномочий требует учета особенностей декомпозиции задач повышения качества оказания медицинской помощи (рис. 33).

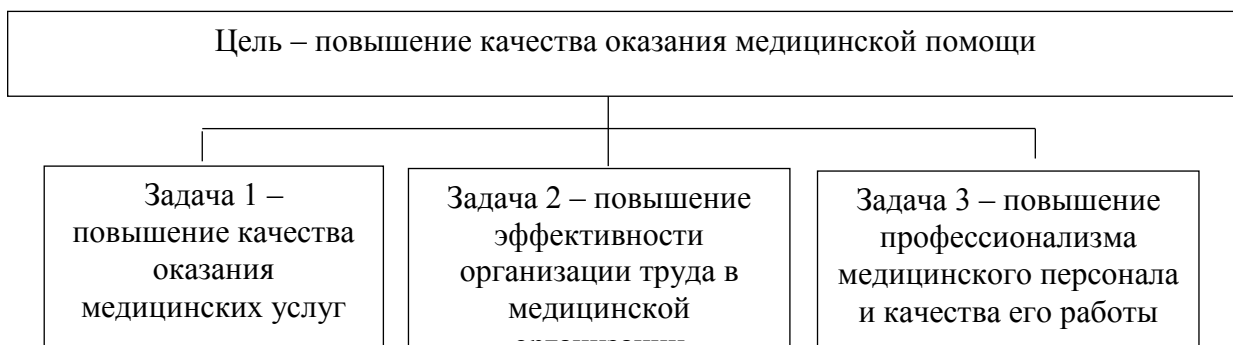


Рисунок 33 — Декомпозиция задач повышения качества оказания медицинской помощи.

Исходя из общих цели и задач повышения качества медицинских услуг, формируются частные задачи в рамках должностных полномочий медицинского персонала (рис. 34).

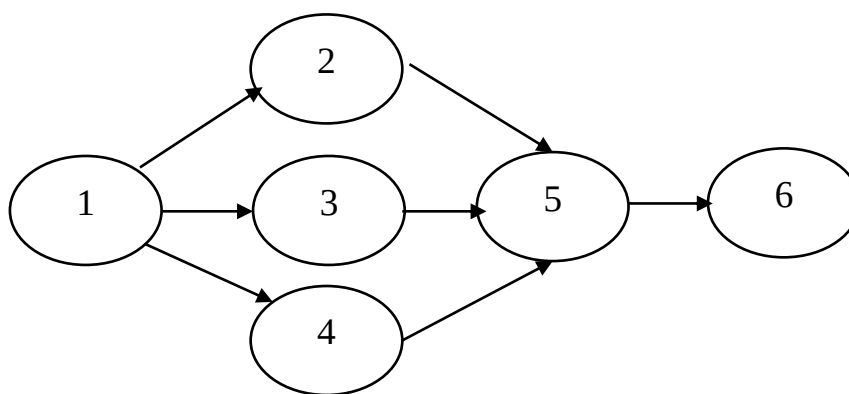


Рисунок 34 — Общая схема сетевого планирования задач медицинского персонала в рамках его должностных обязанностей и задач повышения качества медицинской помощи.

Обозначения: 1 — цель повышение качества медицинской помощи; 2, 3, 4 — задачи повышения качества медицинской помощи; 5 — задачи структурных подразделений медицинской организации; 6 — задачи и нормативы медицинского персонала

3. Внедрение эффективного контракта также требует основательной проработки организации оценки медицинского персонала. Как было отмечено ранее, оценкой степени достижения показателей эффективности занимается специально созданный временный орган — комиссия, по результатам работы которой составляется протокол достижения показателей эффективности работников.

Протокол достижения показателей эффективности работников является итоговым документом, а его составлению может предшествовать заполнение карт экспертной оценки деятельности медицинского работника. Форма карт экспертной оценки деятельности медицинского работника приведена на рисунке 35.

Карты экспертной оценки медицинского работника

Наименование медицинской организации _____			
Структурное подразделение _____			
Лечащий врач _____			
№ медицинской карты пациента _____			
ФИО пациента _____			
Показатель	Зав. отделением	Эксперт	
1			
2			
...			

Рисунок 35 — Форма карты экспертной оценки медицинского работника.

4. Значимой практической проблемой внедрения эффективного контракта является также организация системы контроля за повышением качества оказываемой медицинской помощи, качества предоставляемых медицинских услуг на основе достижения показателей эффективности медицинским персоналом. Решение этой задачи требует внедрения программных средств, в том числе выполняющих функции:

а) сбора информации о результатах фактического достижения показателей эффективности медицинским персоналом;

б) сбора информации по результатам анкетирования сотрудников и пациентов;

– в) составление автоматизированных форм приказов и отчетов реализации эффективного контракта:

– протокола достижения показателей результативности;

– приказа о стимулирующих выплатах медицинскому персоналу;

– отчетов для временной комиссии, включающей фактические баллы сотрудникам, баллы по подразделению, баллы по всей медицинской организации;

– отчеты для медицинского персонала (при запросе);

– составление сводного отчета по распределению фонда оплаты труда, в том числе премиальной части по виду выплат.

г) внесение изменений в критерии и показатели оценки эффективности.

В конечном итоге, система эффективного контракта не должна «обременять» медицинскую организацию неоптимальным задействованием трудовых, временных и финансовых ресурсов. Требуется максимальная автоматизация процессов оценки и выгрузки отчетов по результатам оценки медицинского персонала. Пользователями сформированных отчетов является широкий круг сотрудников медицинской организации всех уровней. Кроме этого, информация по результатам фактической оценки эффективности может использоваться внешними пользователями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное комплексное медико-социологическое исследование, включающее анализ системы трудовой мотивации медицинского персонала ЗелАО г. Москвы и научное обоснование ее совершенствования и модернизации подтвердили актуальность внедрения эффективного контракта в деятельность государственных медицинских организаций регионов Российской Федерации.

В ходе исследования установлено, что, несмотря на наличие большого количества публикаций в отечественной и зарубежной научной литературе, посвященные отдельным проблемам мотивации медицинских работников или повышения заработной платы персонала, отсутствуют исследования, посвященные комплексному изучению проблемы внедрения эффективного контракта в деятельности медицинских организаций.

Системный анализ изучаемой проблемы в Российской Федерации и в г. Москве показал, что нормативно-правовая база носит исключительно рекомендательный характер и не несет конкретизирующих унифицированных подходов внедрения эффективного контракта в деятельность медицинских организаций государственного сектора здравоохранения, что в значительной мере усложняет задачу повышения качества оказания медицинских услуг и результативности деятельности медицинских организаций.

В рамках исследования был проведен анализ деятельности государственных медицинских организаций ЗелАО г. Москвы и качества оказания медицинской помощи за 2010–2019 годы, разделенный на 3 периода.

– «Стагнационный период» с 2010 по 2014 годы — до внедрения эффективного контракта, в котором анализу подвергалась медицинская и экономическая деятельность исследуемых медицинских организаций с целью определения предпосылок к внедрению эффективного контракта;

– «Подготовительный период» с 2015 по 2016 годы, являющийся неотъемлемой предварительной частью внедрения эффективного контракта, в котором на основании сформировавшихся предпосылок проводилась работа по оптимизации штатной-должностного расписания и коечной мощности организаций, модернизация оборудования и совершенствование и алгоритмизация лечебно-диагностических процессов, внедрение медицинской информационной системы, вовлечение персонала в оказание платных услуг, разработка критериев оценки трудовой эффективности персонала, основных положений и механизма внедрения эффективного контракта и. т.п.

– «Период реализации эффективного контракта» с 2017 по 2019 годы, в ходе которого произошло внедрение эффективного контракта в повседневную деятельность медицинских организаций, проводился мониторинг изменений медицинской (лечебно-оздоровительной) и экономической деятельности организаций, а также эффективности трудовой деятельности медицинского персонала.

Исследование показало, что в стагнационном периоде функционирования медицинских организаций ЗелАО г. Москвы, сформировались следующие предпосылки к внедрению эффективного контракта:

– низкое качество оказания медицинской помощи в 2014 году в сравнении с 2010 годом (снижение в стационаре числа пролеченных пациентов на 4,6% ($p < 0,05$) на фоне увеличения объемов штрафных санкций на 3,12% от выручки ОМС; а также высокие показатели общебольничной летальности в взрослом стационаре 2,6% ($-0,14\%$, $p < 0,05$) и перинатальном центре 5,7% ($+5,65\%$, $p < 0,05$);

– низкая эффективность использования коечного фонда в 2014 году в сравнении с 2010 годом: оборот койки 32,6 чел. ($+5,5\%$, $p < 0,05$), средняя длительность пребывания больного на койке во взрослом стационаре — 8,9

суток (–2,67 сут.), в педиатрическом стационаре — 6,9 суток (–0,05сут), в перинатальном центре — 6,1 суток (+0,32 сут);

- низкие объемы и динамика совокупного бюджета в 2014 году в сравнении с 2010 годом (1152,8 млн. руб., +41.8%);

- низкие объемы выручки от ОМС и платных медицинских услуг (доход от ОМС и ПМУ в 2014 году составили 1144,8 млн. руб. и 13,3 млн. руб. соответственно, увеличение выручки ОМС и ПМУ в 2014 году по сравнению с 2010 годом — в 1,4 и в 14,7 раз соответственно),

- высокая численность медицинского персонала при низкой эффективности трудовой деятельности при оказании медицинской помощи по ОМС и ПМУ в 2014 году при сравнении с 2010 годом (штат составил 2132,25 ставок (+3,7%, $p < 0,05$), выработка ОМС составила 535,91 тыс. руб. на 1 ставку (+35,8%, $p < 0,05$), выработка ПМУ в 2014 году составила 6 749 руб. на 1 ставку (+1405,5%, $p < 0,05$).

В подготовительном периоде в медицинских организациях проводились работы по созданию комплексных условий, в том числе правовых, организационных, экономических, инфраструктурных, для формирования эффективной трудовой деятельности медицинских работников и системы мотивации при максимальном вовлечении персонала и мониторинга показателей лечебно-оздоровительной и экономической деятельности медицинских организаций за 2015–2016 годы. Исследование показало положительную динамику исследуемой деятельности медицинских организаций, в виде статистически достоверного изменения показателей:

- повышение качества оказания медицинской помощи в 2016 году по сравнению с 2014 годом (увеличение числа пациентов, пролеченных стационаре на 39,2% ($p < 0,05$) на фоне снижения объемов штрафных санкций на 8,82% от выручки ОМС, а также снижения общебольничной летальности в взрослом стационаре до 2,29% (–0,31%, $p < 0,05$) и перинатальном центре до 1,78% (–3,92%, $p < 0,05$);

- повышение эффективности использования коечного фонда в 2016 году в сравнении с 2014 годом (увеличение оборота койки до 61,9 (+89,9%, $p < 0,05$), снижение средней длительности пребывания больного на койке во взрослом стационаре — до 6,0 суток (–2,9 сут.), в педиатрическом стационаре — до 5,0 суток (–1,9 сут), в перинатальном центре — до 4,2 суток (–1,9 сут.);
- двукратное увеличение объема (+100,1%, $p < 0,05$) совокупного бюджета в 2016 году (2318,5 млн. руб.) в сравнении с 2014 годом;
- увеличение в 1,9 раза (+90,5%, $p < 0,05$) объемов выручки от медицинских услуг ОМС в 2016 году по сравнению с 2014 годом;
- увеличение в 10,2 раза (+ 920%, $p < 0,05$) объемов выручки от платных медицинских услуг в 2016г по сравнению с 2014 годом;
- снижение численности медицинского персонала и повышение эффективности трудовой деятельности при оказании медицинской помощи по ОМС и ПМУ в 2016 году при сравнении с 2014 годом (штат составил 1305 ставок (–38,8%, $p < 0,05$), выработка ОМС составила 1510,25 тыс. руб. на 1 ставку (+181,3%, $p < 0,05$), выработка ПМУ составила 93975 руб. на 1 ставку (+1404,1%, $p < 0,05$).

Полученное в ходе исследования подготовительного периода, подтверждение улучшения качества медицинской помощи, увеличения эффективности трудовой деятельности медицинского персонала, увеличение доходов и усиление стабильности функционирования, а также улучшение бюджетной обеспеченности медицинской организации в целях выполнения обязательств перед медицинскими работниками в части начисления стимулирующих выплат в рамках разработанного эффективного контракта, позволило принять решение о внедрении измененной системы мотивации персонала, на основе эффективного контракта, в повседневную деятельность медицинских организаций ЗелАО г. Москвы.

В период реализации эффективного контракта анализ показателей деятельности медицинской организации за 2017–2019 годы, проведенный

в процессе и после его внедрения, продемонстрировал следующие статистически достоверные результаты:

- повышение качества оказания медицинской помощи в 2019 году в сравнении с 2016 годом: увеличение в числа пациентов, пролеченных в стационарах, на 22,3% ($p < 0,05$) на фоне снижения объемов штрафных санкций на 4,53% от выручки ОМС; а также снижения общебольничной летальности в взрослом стационаре до 1,6% ($-0,69\%$, $p < 0,05$) и перинатальном центре до 1,2% ($-0,58\%$, $p < 0,05$);
- повышение эффективности использования коечного фонда в 2016 году в сравнении с 2014 годом (увеличение оборота койки до 76,04 чел. на 1 койку ($+22,8\%$, $p < 0,05$), снижение средней длительности пребывания больного на койке во взрослом стационаре до 5,3 суток ($-11,6\%$, $p < 0,05$), в педиатрическом стационаре до 4,4 суток (-20% , $p < 0,05$), в перинатальном центре до 4,1 суток ($-2,3\%$, $p < 0,05$);
- увеличение объема совокупного бюджета в 2019 году (4131,26 млн. руб.) в сравнении с 2016 годом ($+78,2\%$, $p < 0,05$);
- увеличение в 1,6 раз ($+59,9\%$, $p < 0,05$) объемов выручки от медицинских услуг ОМС в 2019 году по сравнению с 2016 годом;
- увеличение в 1,6 раз ($+55,0\%$, $p < 0,05$) объемов выручки от платных медицинских услуг в 2019 году по сравнению с 2016 годом);
- увеличение численности медицинского персонала и повышение эффективности трудовой деятельности при оказании медицинской помощи по ОМС и ПМУ в 2019 году при сравнении с 2016 годом (штат составил 1963 ставок ($+50,4\%$, $p < 0,05$), выработка ОМС составила 2553,56 тыс. руб. на 1 ставку ($+69,1\%$, $p < 0,05$), выработка ПМУ составила 155127 руб. на 1 ставку ($+65,0\%$, $p < 0,05$).

Исследование подтвердило, что эффективный контракт, основанный на поэтапных подготовке и внедрении в деятельность государственного медицинской организации, является действенным способом повышения

эффективности и качества оказываемой медицинской помощи в виде статистически достоверных положительных изменений показателей деятельности медицинской организации и эффективности организации труда медицинских работников.

Для оценки субъективной составляющей влияния внедрения и последующей реализации эффективного контракта на качество оказания медицинской помощи, выполнена социологическая часть исследований, которая проводилась среди медицинских работников (991 респондент) и пациентов (1500 респондентов) государственных медицинских организаций в форме анонимных социологических опросов (анкетирование).

С целью оценки эффективности разъяснительной работы и степени вовлечения медицинского персонала проводился социологический опрос медицинских работников всех профессиональных квалификационных групп в ЗелАО г. Москвы по вопросам информированности об эффективном контракте. Социологическое исследование медицинского персонала проводилось в подготовительном периоде до внедрения эффективного контракта (октябрь 2015 года – январь 2016 года) и после его внедрения в 3 этапа (1, 2, 3 кварталы 2017 года) в тождественных группах респондентов и касалось не только знания, и понимания его целей, сути основных положений, но и последствий применения.

В ходе исследований было установлено, что в период до внедрения эффективного контракта в медицинские организации ЗелАО г. Москвы, $73 \pm 1,4\%$ респондентов продемонстрировало незнание основных положений эффективного контракта, а $20 \pm 1,2\%$ респондентов имеют о нем лишь общее понимание. Хотя большая часть опрошенных ($33,1 \pm 1,2$) полагали, что внедрение эффективного контракта приведет к улучшению качества оказываемых медицинских услуг, в разбивке по категориям персонала в зависимости от его отношения к профессиональной квалификационной группе наблюдались значительные различия ($59,6\%$ — руководители, $42,8\%$ — врачи, $27,3\%$ — средний медицинский персонал, $29,6\%$ — медицинский

персонал 1 уровня). Сложившаяся неоднородность ответов связана с не только с профессиональными факторами (различная степень ответственности, круг и содержание выполняемых задач, понимания картины складывающейся ситуации в оплате труда, опытом медицинского персонала и т.д.), но и факторами психологического и экономического характера, сложившимися в медицинских организациях механизмами стимулирования труда, негативными ожиданиями от внедрения эффективного контракта в силу непонимания некоторых аспектов. При этом наблюдалась корреляция между уровнем профессиональной квалификационной группы участников опроса и степенью их осведомленности о характере инструментов стимулирования. Касательно принципов отбора критериев оценки эффективности медицинских работников, большая часть анкетированных указала на необходимость учета особенностей каждой специальности и должности ($54 \pm 1,2\%$) и индивидуальных особенностей каждого работника ($32 \pm 1,3\%$). В отношении принципа, используемого при распределении стимулирующих выплат среди медицинского персонала, участвовавшего в исследовании, 43% опрошенных посчитал наиболее эффективным стимулирование конкретного работника в зависимости от достижения конкретных количественных показателей, но 32% медицинского персонала указали на необходимость равномерного поощрения всех работников с целью исключения деструктивного климата в коллективе, а 21% респондентов отметил необходимость стимулирования медицинского работника в зависимости от квалификации.

Проведенное анкетирование медицинских работников (991 респондент в 3 этапа) в течение 1, 2 и 3 кварталов первого года после внедрения эффективного контракта в медицинские организации ЗелАО г. Москвы. Тематика анкетирования касалась отношения медицинских работников к результатам внедренного в 2017 году эффективного контракта и оценки его влияния на оплату труда. Результаты анкетирования продемонстрировали прогрессивное улучшение восприятия механизмов оплаты труда и

отношения медицинского персонала к результатам внедрения эффективного контракта и снижение числа отрицательных оценок. Положительно оценили внедрения эффективного контракта в своих медицинских организациях в 1, 2 и 3 кварталах 2017 года — $42\pm 1,6\%$, $48\pm 1,2\%$, $53\pm 1,3\%$, респондентов соответственно. Отрицательное отношение высказали $17\pm 0,9\%$, $15\pm 0,5\%$, $13\pm 0,5\%$, респондентов в 1, 2 и 3 кварталах 2017 года соответственно. Группа респондентов, не отметивших никакого влияния эффективного контракта оказалась стабильной и составила $23\pm 1,0\%$ в каждом опросе.

Таким образом, данные социологического исследования медицинского персонала демонстрируют необходимость обязательной разъяснительной работы с персоналом и максимально широкой вовлеченности коллектива при формировании критериев и механизмов оценки трудовой деятельности сотрудников.

В качестве субъективного критерия оценки изменений качества медицинской помощи в период внедрения и последующей реализации эффективного контракта, проводился социологический опрос пациентов в исследуемых государственных медицинских организациях по вопросам удовлетворенности медицинской помощью. Опрос пациентов проводился в подготовительный период до внедрения эффективного контракта (октябрь 2016 года) и в течении первого года после внедрения эффективного контракта в 4 этапа (1, 2, 3, 4 кварталы 2017 года). Вопросы анкеты касались: способа получения медицинских услуг, непосредственно удовлетворенности организацией оказания медицинских услуг и оценки лояльности пациентов к медицинской организации (готовности рекомендовать другим).

В ходе проведения социологического исследования среди пациентов медицинских организации ЗелАО г. Москвы, установлено прогрессивное увеличение удовлетворенности пациентов получением медицинских услуг в 4 квартале 2017 года в сравнении с 4 кварталом 2016 года как в рамках ОМС (от $49,8\pm 9,8\%$ до $66\pm 5,0\%$), так и в рамках ПМУ (от $66,8\pm 8,8\%$ до $74,8\pm 3,8\%$). Также в течении первого года периода реализации эффективного контракта

отмечается прогрессивное усиление лояльности пациентов к государственным медицинским организациям ЗелАО (с $41,4 \pm 1,5\%$ в конце 2016 года до $62,3 \pm 8,9\%$).

Результаты социологического исследования пациентов свидетельствуют о положительном влиянии эффективного контракта прежде всего на пациентоориентированность сотрудников и на качество оказываемой ими медицинской помощи, что в свою очередь повлияло на лояльность и удовлетворенность пациентов, а также повышение конкурентоспособности государственных медицинских организаций ЗелАО на рынке медицинских услуг.

Исходя из материалов исследования, были предложены методические положения и комплексные научно-организационные подходы к мотивации медицинского персонала на основе эффективного контракта на основе базовой триады: содержание трудовой функции работника, обеспечение качества медицинской помощи пациентам и достижение задач медицинской организации. В ходе проведенных исследований были предложены и обоснованы основные методические положения эффективного контракта, который включает унифицированные элементы, параметры, критерии и индикаторы эффективности трудовой деятельности, выделен субъективный и объективный механизмы оценки труда медицинских работников на уровнях организации трудовой деятельности в медицинской организации: «сотрудник» – «подразделение» – «служба» (филиал) – «организация». Были предложены и обоснованы порядки установления надбавок и депремирования за качество, интенсивность и высокие объемные результаты выполняемых работ, а также регламенты и порядок работы временного органа (комиссии), ответственного за распределение стимулирующих выплат в организации.

Также в ходе проведенных исследований был предложен и обоснован механизм перехода к эффективному контракту медицинской организации с использованием инструментов трудовой мотивации сотрудников.

Проведенный корреляционный анализ оценок качества работы и показателей результативности медицинского персонала установил высокую прямую зависимость (0,893) между результатами оценки трудовой деятельности медицинского персонала в динамике и темпами прироста доходов медицинской организации; среднюю прямую зависимость (0,689) между результатами оценки трудовой деятельности медицинского персонала в динамике и производительностью труда в организации; высокую прямую зависимость (0,890) между оцениваемым параметром качества медицинских услуг и приростом доходов от оказания платных медицинских услуг; высокую обратную связь ($-0,806$) результатами оценки медицинского персонала в динамике и динамикой неудовлетворенности (доли обоснованных жалоб) пациентов; очень высокую обратную связь между результатами трудовой деятельности медицинского персонала оценки медицинского персонала в динамике и объемом штрафных санкций ОМС наблюдается очень высокая обратная связь ($-0,917$).

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что к 2014 году в существующей форме функционирования медицинских организаций ЗелАО г. Москвы и их деятельности по использованию имеющихся ресурсов, обеспечения качества и доступности медицинской помощи требовалась существенная корректировка. Разработанные предлагаемые к внедрению и поэтапно внедряемые в деятельность государственных медицинских организаций г. Москвы методические положения эффективного контракта обосновывают медицинскую, организационную и экономическую эффективность предлагаемых преобразований, а также оказывают существенное положительное влияние на качество оказания медицинской помощи.

ВЫВОДЫ

1. Вектор развития мотивационных подходов к оценке трудовой деятельности медицинских работников в Российской Федерации и за рубежом состоит в реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат. Трудовая мотивация работников медицинских организаций сопряжена с необходимостью создания баланса между экономической стороной трудового соглашения, психологическими особенностями работника, его квалификацией и задачами медицинской организации. Современным приоритетным способом трудовой мотивации медицинских работников является система эффективного контракта.

2. Проведенный анализ действующего законодательства и нормативной правовой документации по внедрению системы эффективного контракта, подтвердил ее преимущественно рекомендательный характер и продемонстрировал два основных тренда: директивное увеличение размера заработной платы медицинскому персоналу бюджетных учреждений и требования к эффективному использованию ресурсов, направленных на оплату труда сотрудников. В российском законодательстве закреплено определение эффективного контракта как формы трудового договора с работником. При этом нормативно не определены методические и организационные основы внедрения эффективного контракта в деятельность современных медицинских организаций, а также типовые трудовые функции, критерии и показатели эффективности трудовой деятельности медицинских работников, в соответствии с достижением которых определяется размер их заработной платы. Также в нормативной документации не закреплена методика текущего контроля выполнения показателей в рамках эффективного контракта. На этом фоне наблюдается значительная региональная дифференциация по внедрению эффективного контракта в подведомственных медицинских организациях.

3. В ходе исследования разработаны основные положения эффективного контракта, механизм его внедрения в медицинскую организацию и основные критерии оценки трудовой деятельности разных категорий медицинских работников. Механизм внедрения эффективного контракта состоит из 4 последовательных этапов:

- этап предпроектных работ, включивший в себя комплексный аудит состояния и деятельности медицинских организаций;
- этап оптимизационных и методологических изменений в ходе которого совершенствовалась деятельность организации;
- этап совершенствования информационной системы организации, позволивший автоматизировать многие производственные, коммуникативные и отчетно-контролирующие процессы в организации;
- этап внедрения эффективного контракта.

Основными элементами эффективного контракта являются:

- общие положения и принципы перехода медицинской организации к эффективному контракту, содержащие его правовую основу и структуру;
- порядок установления стимулирующих выплат за качество и высокие объемные результаты выполненных работ, оказанных медицинских услуг, включающий в себя виды, границы, периодичность и способ установления надбавок для категории и специальностей медицинских работников;
- основания для невыплаты надбавок медицинскому работнику;
- организация работы временного органа, ответственного за утверждение оснований для выплаты или невыплаты надбавок медицинским работникам;
- система критериев и показателей оценки труда медицинских работников.

Сформированная система критериев и показателей эффективности труда для конкретных штатных должностей медицинских работников

основана на балльном подходе с соблюдением базовых требований: содержание трудовой функции работника, обеспечение качества медицинской помощи пациентам и достижение задач медицинской организации. Персонализированные критерии, разделены на следующие группы:

- объемные показатели труда;
- качество трудовой деятельности и оказания медицинской помощи;
- удовлетворенность пациентов;
- показатели исполнительской дисциплины;
- научно-просветительская работа и рационализаторская активность.

Принцип декомпозиции показателей эффективности реализован на уровнях организации трудовой деятельности в медицинской организации: «сотрудник» – «подразделение» – «служба» (филиал) – «организация».

4. Последовательное внедрение эффективного контракта в деятельность государственных медицинских организаций, позволяет улучшить результативность их медицинской и экономической деятельности, а также положительно влияет на качество оказываемой медицинской помощи. В частности:

- улучшение показателей медицинской деятельности в 2019 году (по сравнению с 2014 годом) в виде увеличения числа пролеченных пациентов на 70,2%, увеличения оборота койки на 133,3% и снижения среднего койко-дня на 40,4% и 36,2% во взрослом и педиатрическом стационарах, а также на 32,8% в перинатальном центре ($p < 0,05$);

- улучшения качества оказания медицинской помощи в 2019 году (по сравнению с 2014 годом) в виде снижения летальности в взрослом стационаре и летальности новорожденных в перинатальном центре на 1% и 4,5% соответственно; а также снижение общего объема штрафных санкций за медицинскую помощь в рамках ОМС на 11,65% в стационарной и на 14,48% в амбулаторной сетях ($p < 0,05$);

– улучшение показателей эффективности организации труда медицинского персонала в 2019 году (по сравнению с 2014 годом) в виде рост производительности труда при оказании медицинских услуг в рамках ОМС на 181,3%, и на 2382,8% при оказании платных медицинских услуг ($p < 0,05$);

– улучшение показателей экономической деятельности в 2019 году (по сравнению с 2014 годом) в виде увеличения совокупного бюджета на 256%, увеличения доходов от оказания медицинских услуг в рамках ОМС на 204,6% и от оказания платных медицинских услуг на 1481,9% ($p < 0,05$).

5. Установлена сильная обратная связь ($-0,806$) между результатами оценки медицинского персонала в динамике и динамикой жалоб пациентов, а также очень сильная обратная связь ($-0,917$) между результатами оценки трудовой деятельности медицинского персонала в динамике и объемом штрафных санкций по ОМС, подтвердили положительное влияние эффективного контракта на качество оказанных медицинских услуг.

6. Установлено повышение удовлетворенности пациентов оказываемыми медицинскими услугами — как в рамках ОМС (на 16,2%), так и в рамках ПМУ (на 8%), а также повышение лояльности пациентов и их готовности рекомендовать медицинские организации ЗелАО г. Москвы другим лицам для получения медицинских услуг (на 20,9% за исследуемый период).

Внедрение эффективного контракта, обеспечило прогрессивное улучшение восприятия новых механизмов оплаты труда и отношения медицинского персонала к результатам его внедрения в виде ежеквартального прогрессивного увеличения доли положительных оценок, составивших $42 \pm 1,6\%$, $48 \pm 1,2\%$ и $53 \pm 1,3\%$ в 1, 2 и 3 кварталах 2017 года соответственно. На этом фоне, группа респондентов, не отметивших никакого влияния эффективного контракта на оплату труда, оказалась стабильной и составила $23\% \pm 1,0\%$ в каждом квартале.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для полноценной реализации эффективного контракта в медицинских организациях, имеется необходимость формирования отраслевой нормативной документации, регламентирующей методические подходы к внедрению эффективного контракта, а также к разработке персонифицированных критериев эффективности труда медицинского персонала согласно номенклатуре должностей.

2. Для совершенствования качества оказания медицинской помощи при внедрении профильных показателей эффективности оценки трудовой деятельности медицинского персонала, целесообразно реализовывать принцип декомпозиции показателей на различных уровнях организации трудовой деятельности в медицинской организации: «сотрудник» – «подразделение» – «служба» (филиал) – «организация».

3. В ходе реализации эффективного контракта в деятельности медицинских организаций, целесообразно придерживаться следующих предложений.

- Внедрение эффективного контракта необходимо проводить при наличии четко определенных предпосылок, а также при возможности выполнения подготовительных работ в части повышения эффективности деятельности организации.

- В части организации труда медицинского персонала, целесообразно применение сетевых методик планирования труда, в том числе сетевого планирования должностных обязанностей.

- Оценка эффективности трудовой деятельности должна проводиться комиссионно на основании карт экспертной оценки деятельности медицинского работника.

- Организация системы контроля за повышением качества оказываемой медицинской помощи и предоставляемых медицинских услуг на основе достижения показателей эффективности медицинским персоналом,

целесообразно проводить с применением электронных программных средств на основании автоматизированных форм учетно-отчетной документации контракта.

4. Систематическое проведение социологического мониторинга среди медицинских работников персонала и пациентов позволит контролировать динамику качества медицинской помощи в организации, а также оценивать проблематику и уровень вовлеченности персонала в реализацию эффективного контракта.

5. Опыт, накопленный в медицинских организациях ЗелАО г. Москвы, по повышению качества медицинской помощи путем внедрения эффективного контракта с медицинскими работниками, целесообразно использовать в медицинских организациях других субъектов РФ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абуова, Х.Ж. Применение системы сбалансированных показателей в управлении медицинской организацией: Методические рекомендации / Х.Ж. Абуова, К.А. Ергалиев. — Астана, 2014. — 29 с.
2. Андреева, А.Р. Внедрение эффективного контракта: результаты исследования / А. Р. Андреева, С. А. Попова, Н. В. Родина // Народное образование. — 2014. — №10. — С. 151–157.
3. Архипова, С.В. Оценка деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения на основе системы сбалансированных показателей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / С.В. Архипова. — Москва, 2016. — 25 с.
4. Афонин, Ю.А. Проблемы мотивации медицинского персонала / Ю.А. Афонин, Р.Р. Сагдеев // Вестник Самарского государственного экономического университета. — 2012. — №7 (93). — С. 10–14.
5. Барышникова, И.А. Анализ системы мотивации и стимулирования труда персонала организации здравоохранения (на материалах ОБУЗ «Офтальмологическая клиническая больница — офтальмологический центр») / И.А. Барышникова // Экономика, предпринимательство и право. — 2014. — Том 4. — №2. — С. 39–46.
6. Белостоцкий, А.В. Актуальные вопросы развития кадрового потенциала в здравоохранении / А.В. Белостоцкий, О.В. Гриднев, Н.К. Гришина, Е.А. Значкова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 2016. — №4. — С. 230–235.
7. Белостоцкий, А.В. Изучение мнения населения о доступности и качестве организации первичной медико-санитарной помощи в период ее реформирования в г.Москва / А.В. Белостоцкий, О.В. Гриднев, Н.К. Гришина и др. // Вестник Росздравнадзора. — 2017. — №2. — С. 68–71.
8. Белостоцкий, А.В. Качество медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы в оценках пациентов и врачей / А.В. Белостоцкий, И.Я. Таджиев, С.С. Бударин // Социология медицины. — 2017. — №2. — С. 100–106.
9. Бершадская, М. Балльная система оплаты труда медсестер. Как выстроить без конфликтов и судебных разбирательств / М. Бершадская, Н. Кравченко // Главная медицинская сестра. — 2019. — №12. — С. 24–32.

10. Богачева, Е.В. Оптимизация трудовой мотивации среднего медицинского персонала как средство повышения эффективности профессиональной деятельности: на примере медицинской сестры: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Е.В. Богачева. — Тверь, 2012. — 280 с.
11. Богачева, Е.В. Развитие мотивации достижения и снижение уровня мотивации избегания неудач как способ оптимизации трудовой мотивации медицинских сестер / Е.В. Богачева // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. — 2011. — №2. — С. 197–201.
12. Бойков, А.А. Совершенствование системы премирования - важный элемент перехода на «эффективный контракт» / А.А. Бойков, И.Р. Николаева // Менеджер здравоохранения. — 2013. — №10. — С. 60–64.
13. Боковня, А. Е. Мотивация — основа управления человеческими ресурсами (теор. и практ. формир. мотивир. орг. среды и созд. единой сист. мотив. комп.): Монография / А.Е. Боковня. — Москва: НИЦ Инфра-М, 2013. — 44 с.
14. Болотова, Т.Ю. Переход к «эффективному контракту» как ведущая задача модернизации отраслевой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения / Т.Ю. Болотова // Менеджер здравоохранения. 2012. — №8. — С. 52–57.
15. Боровская, М.А. Эффективный контракт в системе стимулирования научно-педагогических работников / М.А. Боровская, М.А. Масыч, И.К. Шевченко // Высшее образование в России. — 2013. — №5. — С. 13–20.
16. Бутенко, Т.В. Типологические особенности трудовой мотивации медицинских сестер / Т.В. Бутенко, Т.А. Саблина // Психологическая наука и образование. — 2011. — №4. — С. 20–30.
17. Бюджетное послание Президента РФ Федеральному собранию от 28.06.2012 «О бюджетной политике в 2013 – 2015 годах» // Парламентская газета. — 2011. — №32.
18. Введение «эффективного контракта» в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения. Утверждено постановлением Президиума ЦК профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2014 года №18–12. [Электронный ресурс] / URL – http://przspb.ru/wp-content/uploads/2012/02/eff_kontrakt.pdf. (Дата обращения 21.01.2017).

19. Вечорко, В.И. Роль кадрового мониторинга в оценке инновационных мер по обеспечению регионального здравоохранения ресурсами / В.И. Вечорко, Ю.В. Мирошникова // Здравоохранение Российской Федерации. — 2017. — №61 (4). — С. 213–219.
20. Вишняков, А.И. Психологические особенности трудовой мотивации и ее взаимосвязь с ценностными ориентациями сотрудников медицинских учреждений / А.И. Вишняков // Азимут научных исследований: Педагогика и психология. — 2016. — Т. 5. — №3 (16). — С. 245–248.
21. Вишняков, В.Т. О методологии анализа использования дорогостоящего медицинского оборудования / В.Т. Вишняков, Л.М. Манукян // Экономика здравоохранения. — 2014. — №4 (37). — С. 14–15.
22. Вялков, А.И. Управление и экономика здравоохранения: Учебное пособие для вузов / А.И. Вялков, Б.А. Райзберг, Ю.В. Шиленко. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 328 с.
23. Габуева Л.А. Актуальные вопросы совершенствования оплаты труда медицинских работников в условиях эффективных контрактов / Л.А. Габуева // Здравоохранение. — 2015. — №5. — С. 104–111.
24. Габуева, Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций. Эффективный контракт: учебно-методическое пособие / Л. А. Габуева, Э. В. Зимина. — Москва: Проспект, 2015. — 295 с.
25. Гаврилов, Э.Л. Оплата труда медицинских работников как метод управления персоналом в системе здравоохранения / Э.Л. Гаврилов, О.Н. Аслибекян, Е.А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. — 2017. — Т. 12. — №1. — С. 73–78.
26. Гафарова, Е.А. Моделирование внутрирегиональной дифференциации в оплате труда (на примере бюджетной сферы республики Башкортостан) / Е.А. Гафарова, О.Г. Кантор // Вестник Санкт-Петербургского университета. Экономика. — 2017. — Т. 33. — Вып. 3. — С. 364–391.
27. Глазкова, Е.И. Опыт оптимизации оказания сестринской помощи и сестринского ухода в медицинской организации / Е.И. Глазкова, С.В. Иноземцева // Медсестра. — 2019. — №1. — С. 72–77.
28. Гончарова, Т.А. Оплата труда работников здравоохранения за 12 месяцев 2016 год: Анализ ситуации. / Т.А. Гончарова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. — 2017. — №1. — С. 36–40.

29. Гурьянова, С.Ю. Эффективный контракт – основа результативного обучения / С.Ю. Гурьянова // Качество. Инновации. Образование. — 2013. — №8. — С. 10–16.
30. Денисов, И.Н. Медицинская диссертация. Современные требования к содержанию и оформлению: Руководство / И.Н. Денисов. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 415 с.
31. Дедков, В.Н. Теоретико-методические подходы к управлению мотивацией труда на современных предприятиях / В.Н. Дедков, И.Ф. Дедкова, Ф.Х. Бахшян // Экономика устойчивого развития. — 2019. — №3 (39). — С.187–191.
32. Депутатова, Л.Н. Механизм формирования трудовой мотивации работников / Л.Н. Депутатова, Ж.А. Мингалева, Ю.В. Старков // Известия Саратовского университета. Экономика. Управление. Право. — 2018. — Т. 18. — Вып.4. — С. 401.
33. Джонстон, Дж. Эконометрические методы: пер. с англ. / Дж. Джонстон. — М.: Статистика, 1980. — 196 с.
34. Долженкова Ю.В. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения / Ю.В. Долженкова, М.В. Полевая, Г.Г. Руденко // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 2019. — №4. — С. 452–458.
35. Дорофеев, В.Д. Эффективность управления трудовыми ресурсами предприятия при внедрении системы менеджмента качества: Монография / В.Д. Дорофеев, А.Н. Шмелева. — Пенза: Информационно-издательский центр ПГУ, 2008. — 210 с.
36. Еникеев, О.А. Отдельные проблемы внедрения эффективного контракта в здравоохранении / О.А. Еникеев, С.А. Еникеева // Правовое государство: теория и практика. — 2018. — №2 (52). — С. 169–175.
37. Жуков, А.Л. Реформа оплаты труда в бюджетной сфере / А.Л. Жуков // Справочник кадровика. — 2013. — №10. — С. 104–113.
38. Завьялова, Н.Б. Исследование удовлетворенности персонала эффективностью внутренних процессов организации / Н.Б. Завьялова, О.В. Сагинова // Человеческий капитал и профессиональное образование. — 2012. — №3. — С. 4–9.
39. Зеленов, А.Д. Мотивация трудовой деятельности на малом инновационном предприятии: Монография / А.Д. Зеленов. — Москва: Дашков и К°, 2014. — 104 с.

40. Зелинская, М.В. Построение модели стимулирования персонала и ее дифференциация / М.В. Зелинская, А.М. Адетунжи // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. — 2017. — №1 (1). — С. 3–16.
41. Зурнаджьянц, Ю.А. Формирование аналитических показателей по направлениям деятельности медицинского учреждения / Ю.А. Зурнаджьянц // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. — 2010. — №1. — С. 178–187.
42. Иванова Н.Е. Мотивация персонала, как инструмент реализации стратегии предприятия / Н.Е. Иванова, Н.С. Жукова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. — 2019. — №4 (1). — С. 68–75.
43. Илюхина Л.А. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности среднего медицинского персонала / Л.А. Илюхина // Вестник Самарского государственного экономического университета. — 2014. — №6 (116). — С. 136–140.
44. Исламутдинов В. Эффективный контракт в учреждениях здравоохранения / В. Исламутдинов, Л. Кияницына // Проблемы теории и практики управления. — 2014. — №11. — С. 137–142.
45. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь-декабрь 2015 года [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. — URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare. (Дата обращения 02.01.2017).
46. Кадыров, Ф.Н. За что руководитель повысит зарплату или выпишет премию главной медсестре / Ф.Н. Кадыров, Л.М. Симкина // Главная медицинская сестра. — 2017. — №12. — С. 50–56.
47. Кадыров, Ф.Н. Материальное стимулирование сотрудников экономических служб государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2018. — №7. — С. 66–75.
48. Кадыров, Ф.Н. Новая форма трудового договора в рамках внедрения эффективного контракта / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2013. — №4. — С. 54–59.

49. Кадыров, Ф.Н. Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении / Ф.Н. Кадыров, А.М. Чилилов, Ю.В. Куфтова // Менеджер здравоохранения. — 2019. — №10. — С. 61–71.
50. Кадыров, Ф.Н. Особенности введения эффективного контракта в сфере здравоохранения. Возможные риски / Ф. Н. Кадыров // Главврач. — 2017. — №2. — С. 22–33.
51. Кадыров, Ф.Н. Практические аспекты нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2017. — №9. — С. 72–80.
52. Кадыров, Ф.Н. Процедура перехода на эффективный контракт / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2013. — №11. — С. 72–79.
53. Кадыров, Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении в рамках введения эффективного контракта / Ф.Н. Кадыров; под ред. В. И. Стародубова. — Москва: Менеджер здравоохранения, 2014. — 359 с.
54. Кадыров, Ф.Н. Семь советов, как с помощью выплат повысить эффективность сестринского труда / Ф.Н. Кадыров // Главная медицинская сестра. — 2017. — №9. — С. 92–98.
55. Кадыров, Ф.Н. Формы некоторых документов, необходимых для перехода на эффективный контракт / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2013. — №12. — С. 72–73.
56. Кадыров, Ф.Н. Цели и задачи «эффективного контракта»: идеология и проблемы внедрения / Ф.Н. Кадыров // Экономика науки. — 2015. — №3. — С. 180–197.
57. Кадыров, Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2013. — №2. — С. 66–77.
58. Калабина, Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях / Е.Г. Калабина // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. — 2016. — №1. — С. 120–128.
59. Квачахия, Л.Л. Трудовые ресурсы как ключевой фактор экономического развития здравоохранения [Электронный ресурс] / Л.Л. Квачахия // Инновации: электронный научный журнал. — 2017. —

№4 (33). / URL: <https://www.innov.ru/science/economy/trudovye-resursy-kak-klyuchevoj-fak>. (Дата обращения 25.12.2017).

60. Кирик, Ю.В. Оценка условий труда работниками здравоохранения государственных медицинских организаций на Дальнем Востоке России / Ю. В. Кирик // Архивъ внутренней медицины. — 2018. — №2. — С. 127–136.
61. Клименко, Л.В. Профессиональные риски врачей российских мегаполисов в условиях прекариатизации социально-трудовых отношений / Л.В. Клименко, О.Ю. Посухова // Гуманитарий Юга России. — 2018. — Том 7. — №4. — С. 91–106.
62. Кичатова, Е.Ю. Особенности кадрового менеджмента частной медицинской организации / Е.Ю. Кичатова, А.И. Кузнецов, С.В. Архипова // Формула менеджмента. — 2018. — №1 (3). — С. 5–9.
63. Клюкин, П.Н. «Эффективный контракт» в Российской Федерации (экономико-юридический аспект) / П.Н. Клюкин, В.Н. Галузо, Н.А. Канафин // Право и государство: теория и практика. — 2016. — №10 (142). — С. 40–46.
64. Князюк, Н.Ф. Социологическое исследование удовлетворенности персонала автономной некоммерческой организации [Электронный ресурс] / Н.Ф. Князюк, Е.И. Ермакова // Научно-практическая конференция «Бизнес-образование как инструмент устойчивого развития экономики». — Иркутск, 2011. — С. 148–154. — URL: http://www.buk.irk.ru/library/sbornik_11/knayzuk1.pdf. (Дата обращения 12.01.2017).
65. Ковязина, Н. При каких условиях можно уменьшить размер стимулирующих выплат / Н. Ковязина // Здравоохранение. — 2017. — №2. — С. 52–53.
66. Козеева, Т.Н. Внедрение эффективных контрактов в организациях здравоохранения: проблемы и условия их преодоления / Т.Н. Козеева, В.Г. Коновалова // Вестник Университета (Государственный университет управления). — 2016. — №11. — С. 201–204.
67. Козлов, М.А. Перевод на «эффективный контракт» как изменение существенных условий трудового договора / М.А. Козлов // Советник бухгалтера бюджетной сферы. — 2012. — №10. — С. 63–72.
68. Кокурина И.Г. Методика изучения трудовой мотивации / И.Г. Кокурина. — Москва: Изд-во МГУ, 1990. — 55 с.

69. Кокурина, И.Г. Социально-психологические аспекты мотивации трудовой деятельности: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / И.Г. Кокурина. — Москва, 1984. — 250 с.
70. Колосницына, М.Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении / М.Г. Колосницына // Мотивация и оплата труда. — 2010. — №3. — С. 170–178.
71. Колосницына, М.Г. Экономика здравоохранения / М.Г. Колосницына, И.М. Шейман, С.В. Шишкин. — Москва: Издательский дом ГУ ВШЭ. — 2009. — 240 с.
72. Колосницына, М.Г. Экономика здравоохранения: Учебное пособие / М.Г. Колосницына, И.М. Шейман, С.В. Шишкин. — Москва: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2008. — 479 с.
73. Кондратова, Н.В. Метод FMEA: проактивный подход к управлению рисками [Электронный ресурс] / Н.В. Кондратова // Здравоохранение. — №10. — 2015. — URL: <http://e.zdravohrana.ru/article.aspx?aid=416243> (Дата обращения 21.02.2017).
74. Коновалова, Е.В. Организационно-правовые аспекты совершенствования трудовых отношений вузов в условиях перехода на эффективный контракт / Е.В. Коновалова, О.К. Луховская // Наука и практика. — 2016. — №2 (22). — С. 121–125.
75. Коршунов, А.М. «Эффективный контракт» и проблема эффективности труда в бюджетных учреждениях / А.М. Коршунов // Отечественный журнал социальной работы. — 2015. — №1. — С. 66–70.
76. Крамер, Г. Математические методы статистики: пер. с англ. / Г. Крамер. — Москва: Мир, 1975. — 308 с.
77. Краснорудская, М.В. Эффективный контракт в здравоохранении: назначение и условия оформления / М.В. Краснорудская // Заместитель главного врача. — 2016. — №1. — С. 52–62.
78. Круглова, Ю.В. Проблема мотивации трудовой деятельности медицинских работников / Ю.В. Круглова // Право и общество. — 2013. — №8. — С. 277–288.
79. Крылова, Н.Г. Эффективный контракт: явные и скрытые проблемы / Н.Г. Крылова // Человеческий капитал и профессиональное образование. — 2013. — №4. — С. 25–27.

80. Кузнецов, Д. Реформа оплаты труда в бюджетной сфере: проблемы перехода на «эффективный контракт» / Д. Кузнецов // Кадровик. — 2014. — №12. — С. 22–29.
81. Кузнецова, А.З. Критерии оценки работы медсестры: как добиться эффекта от эффективного контракта / А.З. Кузнецова, Г.В. Поженина, Р.Г. Гизатуллина, Р.Р. Шакиров // Главная медицинская сестра. — 2018. — №5. — С. 84–94.
82. Кучеренко, В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для практических занятий / В.З. Кучеренко, О.А. Манерова, Г.К. Краева // Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 192 с.
83. Кушнарера, И.В. Повышение эффективности управления персоналом с применением современных методов мотивации / И. В. Кушнарера, М.В. Бугаева // Вестник алтайской академии экономики и права. — 2019. — №2. — С. 100–107.
84. Линденбрaтен А.Л. Методические подходы к внедрению стимулирующих систем оплаты труда в медицинских организациях / А.Л.Линденбрaтен // Здравоохранение. — 2015. — №2. — С. 60–65.
85. Линденбрaтен, А.Л. Оценка эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях подушевого финансирования / А.Л. Линденбрaтен, П.П. Чуваткин, Н.К. Гришина и др. // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 2019. — №2. — С. 144–146.
86. Ломов, А. Эффективный контракт / А. И. Ломов // Директор школы. — 2014. — №2. — С. 71–76.
87. Ломов, А.И. Эффективный контракт и трудовой договор: найди десять отличий / А.И. Ломов // Журнал руководителя управления образованием. — 2014. — №3. — С. 23–27.
88. Лукашевич, В.В. Основы управления персоналом: учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / В.В. Лукашевич. — Москва: КНОРУС, 2010. — 240 с.
89. Лысый, Н.И. Профессия, специальность, квалификация, должность, профессиональный стандарт, эффективный контракт / Н.И. Лысый // Главврач. — 2017. — №10. — С. 30–35.
90. Максимов, И.Л. Проблемы заключения эффективного контракта с работниками государственных учреждений / И.Л. Максимов, А.Г. Саркисова // Вестник молодых ученых Самарского

- государственного экономического университета. — 2014. — №1 (29). — С. 107-117.
91. Мартынов, С.Н. Переход на «эффективный контракт»: практика и проблемы / С.Н. Мартынов // Вестник АКСОР. — 2014. — №3 (31). — С. 128-132.
 92. Масалков, И.К. Критический анализ концепций «человеческого фактора» во французской буржуазной социологии труда: Дис. ... канд. филос. наук: 09.00.09 / И.К. Масалков. — Москва, 1984. — 175 с.
 93. Масляков, В.В. Мотивация в среде медицинских сестер / В.В. Масляков, В.А. Левина, Э.В. Кузнецова, О.А. Лункова // Фундаментальные исследования. — 2012. — №3-2. — С. 352-357..
 94. Матвейчик, Т.В. Уровень трудовой мотивации и показателей организационных и коммуникативных навыков главных медицинских сестер в Беларуси / Т.В. Матвейчик, Л.В. Шваб // Медицинские новости. — 2015. — №10 (253). — С. 34-36.
 95. Меджидов, Р.Т. Трудовая мотивация в системе корпоративных отношений: социально-экономическая природа: Дис. ... канд. экон. наук: 08.00.01 / Р.Т. Меджидов. — Москва, 2007. — 134 с.
 96. Мерков, А.М. Санитарная статистика (пособие для врачей) / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков // Ленинград: Медицина, 1974. — 384 с.
 97. Методика дифференцированной оплаты труда медицинского персонала больницы. — Мурманск, 2013. — 60 с.
 98. Методические рекомендации по введению «эффективного контракта» [Электронный ресурс] / Белгородская государственная универсальная научная библиотека. — URL: <http://www.bgunb.ru/bgunb/BiblOnLine/resource/sprosi/metodkonsult.pdf>. (Дата обращения 05.02.2019).
 99. Мингалева, Ж.А. Общая концептуальная модель организационно-мотивационного механизма. / Ж. А. Мингалева, Л. Н. Депутатова // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. — 2019. — №1. — С. 189-199.
 100. Михалкина, Е.В. Эффективный контракт как инструмент мотивации работников бюджетной сферы / Е.В. Михалкина, Л.С. Скачкова // Мотивация и оплата труда. — 2014. — №1. — С. 50-60.

101. Михалкина, Е.В. Управление человеческими ресурсами организации: теория, процессы, технологии: монография / Под ред. Е.В. Михалкиной. — Ростов-на-Дону: ЮФУ, 2011. — 426 с.
102. Мониторинг внедрения «эффективного контракта» в государственных учреждениях здравоохранения Республики Карелия [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Республики Карелия. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1976500>. (Дата обращения 20.01.2017).
103. Мотивация персонала на базе KPI. Академия HR директор. — URL: <http://hrdir.ru/motivaciya-personala-na-baze-kpi>. (Дата обращения 18.01.2019).
104. Мурашко, М.А. Информационные системы для инновационного развития контроля (надзора) в сфере здравоохранения / М. А. Мурашко А.И. Панин, К.Г. Поспелов // Вестник Росздравнадзора. — 2018. — №3. — С. 9–19.
105. Мухамедиев Р. Переходим на эффективный контракт / Р. Мухамедиев // Независимый библиотечный адвокат. — 2014. — №1 (85). — С. 3–15.
106. Наджафов, Н.Г. Нравственный аспект труда в условиях научно-технической революции: Дис. ... д-ра филос. наук: 09.00.05 / Н.Г. Наджафов. — Баку, 1983. — 365 с.
107. Национальный проект «Здоровье». Справка [Электронный ресурс] // Российская газета. — 2017. — URL: <https://ria.ru/society/20090512/170852739.html>. (Дата обращения 07.01.2017).
108. Некрасов, В.Н. Современные механизмы повышения эффективности реализации государственной кадровой политики / В.Н. Некрасов, И.В. Пивоваров // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. — 2018. — №1. — С. 57–60.
109. О внедрении «Эффективного контракта» в СПб ГБУЗ «Родильный дом №16» [Электронный ресурс] / Официальный сайт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. — URL: http://zdrav.spb.ru/ru/for-specialists/centr_kontrakt. (Дата обращения 20.01.2017).
110. Орлов, Д.А. Характеристика кадровых ресурсов системы здравоохранения Тверской области / Д.А. Орлов, К.А. Эхте, Д.П. Дербенев // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 2018. — №6. — С. 457-460.

111. Орловский, Ю.П. Минимальные границы заработной платы. Эффективный контракт / Орловский Ю.П. — М.: ИНФРА-М, 2016. — 128 с.
112. Отчеты о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2017. — URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8056-otchety-o-realizatsii-prioritetnogo-natsionalnogo-proekta-zdorovie>. (Дата обращения 07.01.2017).
113. Оценки эффективного контракта в здравоохранении глазами медицинских работников. Итоги социологического опроса. [Электронный ресурс] / Институт экономики здравоохранения. — URL: <https://health-economics.hse.ru/data/2016/07/27/1118870677/опрос%20по%20эффективному%20контракту.pdf>. (Дата обращения 20.01.2017).
114. Оценка эффективности деятельности руководителей учреждений социального обслуживания Ярославской области, работников из числа основного персонала и внедрение эффективных контрактов. Департамент труда и социальной поддержки населения Ярославской области [Электронный ресурс] / Портал органов государственной власти Ярославской области. — URL: <http://www.yarregion.ru/depts/dtspn/DocLib/instruc/Effective-contrakt.pdf>. (Дата обращения 29.01.2019 г.)
115. Пашкин С.Б. Проблемы трудовой мотивации в профессиональной и служебной деятельности / С.Б. Пашкин, С.А. Мозеров, Е.С. Мозерова // Актуальные проблемы военно-научных исследований. Сборник научных трудов под ред. В.Б. Коновалова. — Москва, 2019. — С. 408-416.
116. Перепелкина, Н.Ю. Результаты анкетирования по изучению трудовой мотивации медицинского персонала Оренбургской областной станции переливания крови / Н.Ю. Перепелкина, Р.Г. Гильмутдинов // Медицинский альманах. — 2008. — №3. — С. 17–20.
117. Перечень поручений по итогам совещания по реализации указов Президента в сфере социальной политики [Электронный ресурс] / Президент России. Официальный сайт. — URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/16103>. (Дата обращения 16.01.2017).
118. Петров, Е.Д. Стимулирующие выплаты: правовой аспект: Дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.05 / Е.Д. Петров. — Москва, 2014. — 207 с.

119. Печин, Ю. В. Современные горожане-дачники: ценности и трудовая мотивация: Монография / Ю.В. Печин. — М.: ИНФРА-М, 2014. — 167 с.
120. Пивоваров, А.А. Насколько эффективен «эффективный контракт»? / А.А. Пивоваров // Журнал руководителя управления образованием. — 2014. — №5. — С. 45–49.
121. Пилипенко, Н.Н. Трудовая мотивация и пути ее повышения: Дис. ... канд. экон. наук: 08.00.01 / Н.Н. Пилипенко. — Москва, 1996. — 158 с.
122. Письмо Федерального фонда ОМС от 15 марта 2011 г. №1257/30-4/и «О реализации приказа ФОМС от 01.12.2010 №230» [Электронный ресурс] / Гарант. — 2010. — URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12084539>. (Дата обращения 14.07.2019).
123. Поволоцкая, Н.В. Организация проведения аттестации медицинских работников и ее объективное и правомерное осуществление при переходе на эффективный контракт / Н.В. Поволоцкая, О.Н. Арасланов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. — 2015. — №1. — С. 7–11.
124. Поддубская, Е.А. Комплексная персонифицированная оценка деятельности научных сотрудников с использованием автоматизированной системы учета / Е.А. Поддубская, Н.В. Учеваткина, А.В. Концевая, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. — 2019. — №1. — С. 124–132.
125. Послание Президента Федеральному Собранию [Электронный ресурс] — URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/56957>. (Дата обращения 10.03.2018).
126. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» [Электронный ресурс] / Консультант-Плюс. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162178/ (Дата обращения 10.01.2017).
127. Постановление Правительства Ульяновской области от 28.02.2013 №63-П «Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Ульяновской области» // Ульяновская правда. — 2014. — №106.

128. Потемкина, Т.В. Эффективный контракт с учителем: проблема выявления результатов профессиональной деятельности / Т.В. Потемкина // Управление образованием: теория и практика. — 2014. — №1 (13). — С. 120–126.
129. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 1 августа 2016 г. №658 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.07.2015 №632» / Консультант-Плюс.
130. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29 июля 2015 г. №632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы» (с изменениями и дополнениями) / Консультант-Плюс. — URL: <http://www.consultant.ru> (Дата обращения 14.01.2019).
131. Приказ Минздрава России от 28.06.2013 №421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» [Электронный ресурс] / Консультант. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149332. (Дата обращения 14.01.2019).
132. Приказ Минздрава России от 28.11.2014 №787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» (Зарегистрировано в Минюсте России 22.12.2014 №35321) // Консультант Плюс. — URL: <http://www.consultant.ru>. (Дата обращения 14.01.2019).
133. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РК от 28.04.2014 №739 «Об утверждении показателей и критериев эффективности деятельности работников государственных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Республики Карелия» // Собрание законодательства РК. — 2014. — №5. — С. 929.
134. Приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 08.07.2013 г. №423 «Об утверждении Примерного Перечня критериев оценки деятельности медицинских работников государственных областных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству

- здравоохранения Мурманской Области». [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Мурманской области. — URL: <http://minzdrav.gov-murman.ru/files/pr-423.pdf>. (Дата обращения 19.01.2017).
135. Приказ Министерства здравоохранения Пензенской области от 01.09.2015 г. №302 «Об утверждении Рекомендаций по установлению показателей и критериев оценки эффективности деятельности работников, относящихся к категории среднего медицинского персонала» [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Мурманской области. — URL: http://health.pnzreg.ru/files/health_pnzreg_ru/zdravohran/pokazateli_rekomendacii/prikaz_mzpo_n_302_ot_01_09_2015_-_pokazateli_eff-sti_srednego_med_personala.docx. (Дата обращения 19.01.2017).
136. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13 сентября 2013 г. №1195-п "Об организации внедрения в государственных учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области. — URL: <http://minzdrav.midural.ru/uploads/document/1242/prikaz-mz-so-ot-13092013-1195-p.pdf>. (Дата обращения 20.01.2017).
137. Приказ Минтруда России от 01.07.2013 №287 «О методических рекомендациях по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений социального обслуживания населения, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» [Электронный ресурс] / Гарант. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149801. (Дата обращения 14.01.2019).
138. Приказ Минтруда России от 05.07.2016 №336н «Об утверждении Положения об оплате труда работников федеральных казенных учреждений медико-социальной экспертизы, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Гарант. — URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71354800/> (Дата обращения 15.07.2017).
139. Приказ Минтруда России от 26.04.2013 №167н (ред. от 20.02.2014) «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. — 2013. — №8.

140. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 №230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [Электронный ресурс] / Консультант. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110198. (Дата обращения 14.07.2019).
141. Распоряжение Департамента здравоохранения Кировской области «Об утверждении критериев эффективности деятельности учреждений, подведомственных департаменту здравоохранения Кировской области, их руководителей и работников» [Электронный ресурс] / Департамент здравоохранения Кировской области. — URL: <http://www.medkirov.ru/docs/id/29EF5B>. (Дата обращения 19.01.2017).
142. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 05.11.2013 г. №439-р «Об утверждении показателей и критериев оценки эффективности деятельности государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, их руководителей и работников» [Электронный ресурс] / Официальный сайт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. — URL: <http://zdrav.spb.ru/media/komzdrav/documents/document/file/PKZ05112013439p.doc>. (Дата обращения 19.01.2017).
143. Распоряжение Министерства здравоохранения Ульяновской области от 11.04.2013 №283 «О внедрении эффективного контракта» [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения и социального благополучия Ульяновской области. — URL: <http://www.med.ulgov.ru/laws/rasporyazheniya/3504.html>. (Дата обращения 19.02.2017).
144. Распоряжение Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р «О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг.» // Собрание законодательства РФ, 03.12.2012. — №49. — С. 6909.
145. Ревина, С.Н. Применение системы ключевых показателей эффективности деятельности и качества медицинских услуг в учреждениях здравоохранения / С.Н. Ревина, Н.М. Кузьмина, С.В. Блинов // Вестник Самарского государственного экономического университета. — 2017. — №2 (148). — С. 61–68.
146. Родоман, Г. Как заставить эффективный контракт работать на качество. Опыт больницы / Г.В. Родоман, Ю. Морозова, М. Костевич // Здравоохранение. — 2018. — №6. — С. 84–87.

147. Рожавский, Л.А. Переход на эффективный контракт в многопрофильной больнице через должностную инструкцию, трудовой договор, оценку деятельности каждого работника / Л.А. Рожавский, С.А. Вишнева. — Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2015. — 509 с.
148. Ройтберг, Г.Е. Международные стандарты качества в эффективном контракте врача многопрофильного стационара / Г.Е. Ройтберг, Н.В. Кондратова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. — 2016. — №2 (4). — С. 63–68.
149. Романчук, И.Г. Оплата труда и мотивация медицинского персонала в условиях перехода на эффективный контракт / И.Г. Романчук // Управленческое консультирование. — 2014. — №10 (70). — С. 95–101.
150. Рябчикова, Т.В. Мотивация к трудовой деятельности медицинских сестер как основной фактор управления коллективом / Т.В. Рябчикова, О.М. Фролова // Главная медицинская сестра. — 2013. — №9. — С. 122–128.
151. Рязанцева, М.В. Проблемы внедрения «эффективного контракта» в государственной гражданской службе Российской Федерации / М.В. Рязанцева, А.О. Субочева // Современные научные исследования и инновации. — 2014. — №10-2 (42). — С. 105–108.
152. Саблина, Т.А. Профессиональное выгорание и трудовая мотивация медицинских сестер / Т.А. Саблина, Т.В. Бутенко // Педагогика и психология образования. — 2010. — №3. — С. 86–92.
153. Самойленко, В.В. Эффективный контракт в работе сестринского персонала / В.В. Самойленко // Главная медицинская сестра. — 2014. — №10. — С. 117–132.
154. Сахно, Н.Н. Эффективный контракт в медицинском учреждении / Н.Н. Сахно // Главврач. — 2019. — №5. — С. 32–34.
155. Сергеева, Н.М. Методология оценка эффективности работы деятельности организаций здравоохранения [Электронный ресурс] / Н.М. Сергеева // Электронный научно-практический журнал «Современная педагогика». — 2017. — URL: <http://pedagogika.snauka.ru/2017/02/6819> (Дата обращения 14.12.2017).
156. Сергеева, Н.М. Мотивация медицинских кадров как фактор развития учреждений здравоохранения [Электронный ресурс] / Н. М. Сергеева // Иннов: электронный научный журнал. — 2017. — №3 (32). — URL: <https://www.innov.ru/science/economy/motivatsiya-meditsinskikh-kadrov-ka>. (Дата обращения 25.12.2017).

157. Сергеева Н. М. Направления повышения удовлетворенности медицинского персонала системой премирования в учреждении здравоохранения/ Н. М. Сергеева // Карельский научный журнал. — 2018. — Т. 7. — №1 (22). — С. 173–176.
158. Сергеева, Н.М. Сравнительная оценка уровня оплаты труда в системе здравоохранения Федеральных округов РФ. / Н.М. Сергеева // Азимут научных исследований: экономика и управление. — 2018. — Т. 7. — №4 (25). — С. 283–285.
159. Сибурина, Т.А. Мобилизация творческого потенциала врачебных кадров — стратегическое направление кадровой политики в здравоохранении [Электронный ресурс] / Т.А. Сибурина // Социальные аспекты здоровья населения. — 2016. — №4 (50). — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/769/30/lang.ru>. (Дата обращения 17.01.2017).
160. Слепцова Е.В. Мотивация персонала как условие роста производительности труда / Е.В. Слепцова, Л. Багарян // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. — 2019. — №6 (2). — С. 7–13.
161. Слинкова, О.К. Трудовая мотивация и организационная культура: теоретико-методологические и прикладные основы исследования: Дис. ... д-ра экон. наук: 08.00.05 / О.К. Слинкова. — Кемерово, 2006. — 331 с.
162. Совещание по реализации указов Президента в сфере социальной политики [Электронный ресурс] / Официальный сайт Президента России. — URL: <http://special.kremlin.ru/events/president/transcripts/15924>. (Дата обращения 11.02.2017).
163. Стародубов, В.И. Здравоохранение России: проблемы и решения / В.И. Стародубов, Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнение, обучение. — 2015. — №1 (1). — С. 12–27.
164. Стародубов, В.И. Методика оценки уровня информатизации медицинской организации / В.И. Стародубов, К.В. Сидоров, Т.В. Зарубина и др. // Менеджер здравоохранения. — 2017. — №8. — С. 39–52.
165. Стародубов, В.И. Парадоксы законодательства: гарантии бесплатности медицинской помощи нередко ограничивают права пациентов на улучшение ее качества / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2017. — №4. — С. 62–70.

166. Стародубов, В.И. Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2013. — №2. — С. 6–15.
167. Стародубов, В.И. Управление персоналом организации / В.И. Стародубов, П.И. Сидоров, А.И. Коноплева // М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2006. — 1104 с.
168. Стародубов, В.И. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2013. — №3. — С. 6–15.
169. Стародубов, В.И. Финансовые резервы государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. — 2017. — №10. — С. 65–73.
170. Талтынов, С.М. Трудовая мотивация в системе управления человеческими ресурсами: Дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / С.М. Талтынов. — Воронеж, 2004. — 202 с.
171. Тарасенко, Е.А. Зарубежный и российский опыт управления кадровыми ресурсами в здравоохранении: структура «прочего» или «вспомогательного» персонала / Е.А. Тарасенко // Менеджер здравоохранения. — 2016. — №7. — С. 57–64.
172. Тарасов, Ю.И. Анализ тарифов ОМС и реальных затрат на диагностические услуги на примере ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» / Ю.И. Тарасов, О.Ю. Савинова, Н.А. Шабанова / Материалы ежегодной конференции ДиаМА «Актуальные проблемы деятельности консультативно-диагностических центров. Москва, 8–10 октября 2017. — Вып. XIX. — С. 20.
173. Техтерекова, Н.С. Профессиональная мотивация медицинского персонала как средство повышения эффективности трудовой деятельности / Н.С. Техтерекова, Н.Н. Гнедых, А.П. Ляхов // Проблемы современной науки и образования. — 2016. — №12 (54). — С. 151–156.
174. Токмовцева, М.В. Разработка механизмов, регламентов и процедур внедрения эффективного контракта в сфере образования: Монография / М.В. Токмовцева, С.Н. Литвинова. — Москва: Научный консультант, 2015. — 155 с.
175. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 07.01.2002. — №1 (ч. 1). — С. 3.

176. Указ Президента РФ от 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» // Собрание законодательства РФ, 07.05.2012. — №19. — С. 23–34.
177. Указ Президента РФ от 06.08.2019 №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс] / Официальный сайт Президента России. — URL: kremlin.ru>acts/bank/44326. (Дата обращения 17.01.2017).
178. Улумбекова, Г.Э. Об оплате труда медицинских работников в 2013–2016 гг. / Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. — 2017. — №1. — С. 41–44.
179. Управление персоналом в России: история и современность: Монография / Под ред. А.Я. Кибанова. — М.: ИНФРА-М, 2013. — 240 с.
180. Управление человеческими ресурсами в условиях реформирования системы образования. Коллективная монография / Под ред. С.И. Сотниковой. — Новосибирск: НГУЭУ, 2014. — 199 с.
181. Уракова, Е.В. «Эффективный контракт»: правовая регламентация и первые итоги / Е.В. Уракова // Академический вестник. — 2014. — №4 (30). — С. 154–160.
182. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении): препринт WP8/2011/12 / М.Г. Колосницина, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева и др. — М.: ИД ВШЭ, 2011. — 80 с.
183. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / Консультант Плюс. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895. (Дата обращения 17.07.2017).
184. Федосеев, В.Н. Управление персоналом: Учебное пособие / В.Н. Федосеев. — М.: ИКЦ «МарТ». — 2006. — 528 с.
185. Федосеева, Л.С. От дифференцированного подхода к оплате труда к «эффективному контракту» / Л.С. Федосеева // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2013. — №2–3. — С. 125–126.
186. Ферстер, Э. Методы корреляционного и регрессионного анализа / Э. Ферстер, Б. Ренц. — М.: Финансы и статистика, 1982. — 356 с.

187. Филатов, В.Н. Проблемы введения эффективного контракта в сфере здравоохранения: возможности и риски / В.Н. Филатов, Ф.Н. Кадыров, М.Т. Югай // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. — 2014. — Т. 6. — №1. — С. 87–97.
188. Филющенко, Л.И. Эффективный контракт с научно-педагогическими работниками: проблемы применения / Л.И. Филющенко // Право и образование. — 2014. — №4. — С. 20–26.
189. Хальфин, Р.А. Значение информационно аналитических технологий в современном здравоохранении / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.М. Алленов, С.Г. Алехин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2017. — №7–8. — С. 5–10.
190. Целищева, Е.Ф. Проблемы перехода на эффективный трудовой контракт в муниципальных образовательных учреждениях культуры / Е.Ф. Целищева // Финансовая аналитика: проблемы и решения. — 2015. — №1 (235). — С. 56–64.
191. Чирикова, А. Е. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? / А.Е. Чирикова С.В. Шишкин // Социологические исследования. — 2019. — №5. — С. 36–44.
192. Численность медицинских кадров [Электронный ресурс] / Росстат. — URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare. (Дата обращения 02.01.2017).
193. Чупрова, Т.А. Разработка системы показателей эффективности деятельности общеполиклинического отделения детского клинического медицинского центра Читы / Т.А. Чупрова, Г.И. Бишарова // Российский педиатрический журнал. — 2016. — Т. 19. — №3. — С. 163–165.
194. Швец, Ю.Ю. Актуальные проблемы развития системы здравоохранения на региональном уровне / Ю.Ю. Швец // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: экономика. — 2017. — №1 (11). — С. 53–63.
195. Шевченко, О.А. Эффективный контракт в системе подготовки спортивного резерва / О.А. Шевченко // Право и образование. — 2014. — №12. — С. 126–129.
196. Шилова, В.М. Хронометраж рабочего времени: зачем и как проводить / В.М. Шилова // Главная медицинская сестра. — 2017. — №2. — С. 38–49.

197. Шишкин, С. Стратегия перехода к эффективному контракту и особенности трудовой мотивации медицинских работников / С. Шишкин, А. Темницкий, А. Чирикова // Экономическая политика. — 2013. — №4. — С. 27–53.
198. Шмельков, К.С. Трудовая мотивация и ее влияние на уровень жизни населения: Дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / К.С. Шмельков. — Москва, 2003. — 182 с.
199. Штыкова, Н.Н. Эффективный контракт: вопросы правоприменения // Государство и право: теория и практика. — 2017. — №1 (6). — С. 37–44.
200. Шурыгина, С.В. Эффективный контракт в системе мер по совершенствованию механизма управления многопрофильным детским медицинским центром / С.В. Шурыгина // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2015. — №2. — С. 125–128.
201. Щипанов, И.П. Соотношение потребностей и способностей в формировании личности: Дис. ... канд. филос. наук: 09.00.01 / И.П. Щипанов. — Москва, 1983. — 159 с.
202. Эфендиев, А.Г. Человеческие ресурсы российских бизнес-организаций: проблемы формирования и управления: Монография / А.Г. Эфендиев, Е.С. Балабанова и др. — Москва: НИЦ ИНФРА-М, 2014. — 192 с.
203. Эффективный контракт [Электронный ресурс] / Министерство труда и социальной защиты Республики Башкортостан. — URL: http://mintrudrb.ru/social/effective_contract. (Дата обращения 19.01.2017).
204. Юдашина, Н.И. Зависимость динамики трудовой мотивации старшеклассников от содержания и характера организации трудового процесса: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Н.И. Юдашина. — Москва, 1987. — 165 с.
205. Яшина, Н.И. Методика оценки эффективности деятельности ЛПУ на основе критериев доступности и качества медицинской помощи и показателей ресурсного обеспечения медицинской помощи / Н.И. Яшина, Е.А. Хансуварова, К.С. Яшин // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Экономика и управление. — 2015. — №2. — С. 100–111.
206. Abel, P. Performance pay remuneration for consultants in the NHS: is the current system fair and fit for purpose? / P. Abel, A. Esmail // J. R. Soc. Med. — 2006. — Vol. 99 (10). — P. 487–493.

207. Adinolfi, P. Performance-related pay for health service professionals: the Italian experience / P. Adinolfi // *Health. Serv. Manage Res.* — 1998. — Vol. 11 (4). — P. 211–220.
208. Alharbi, F. Strategic value of cloud computing in healthcare organisations using the balanced scorecard approach: a case study from a Saudi Hospital / F. Alharbi, A. Atkins, C. Stanier, H.A. Al-Buti // *Procedia Comput. Sci.* — 2016. — Vol. 98. — P. 332–339.
209. Amor, E. Towards KPI-Based Health Care Process Improvement / E. Amor, S.A Ghannouchi // *Procedia Comput. Sci.* — 2017. — Vol. 12. — P. 767–774.
210. Bal, A. Using value stream mapping and discrete event simulation to improve efficiency of emergency departments / A. Bal, C. Ceylan, C. Taçoğlu // *Int. J. Healthc Manag.* — 2017. — Vol. 10 (3). — P. 196–206.
211. Baslyman, M. Using goals and indicators for activity-based process integration in healthcare / M. Baslyman, B. Almoaber, D. Amyot, El.M. Bouattane // *Procedia Comput. Sci.* — 2017. — Vol. 113. — P. 318–325.
212. Ben Tovim, D. Hospital event simulation model: Arrivals to discharge—design, development and application / D. Ben Tovim, J. Filar, P. Hakendorf et al. // *Simul. Model Pract. Theory.* — 2016. — Vol. 68. — Vol. 80–94.
213. Bergs, J. Emergency department crowding: Time to shift the paradigm from predicting and controlling to analysing and managing / J. Bergs, D. Vandijck, O. Hoogmartens et al. // *Int. Emerg. Nurs.* — 2016. — Vol. 24. — P. 74–77.
214. Burton-Jones, A. Changing the conversation on evaluating digital transformation in healthcare: Insights from an institutional analysis / A. Burton-Jones, S. Akhlaghpour, S. Ayre et al. // *Information and Organization.* — 2020. — Vol. 30 (1). — P. 100255.
215. Chavis, J. A simulation model of patient flow through the emergency department to determine the impact of a short stay unit on hospital congestion. *Proceedings of the 2016 winter simulation conference* // J. Chavis, L. Cochran, K.E. Kocher et al // *IEEE Press.* — 2016. — P. 1982–1993.
216. Chen, T.L. Multi-objective simulation optimization for medical capacity allocation in emergency department / T.L. Chen, C.C. Wang // *Journal of Simulation.* — 2016. — Vol. 10 (1). — P. 50–68.

217. Collins, J. M. Healthcare innovation methodology: codifying the process of translating knowledge into better healthcare products, services, and procedures / J.M. Collins, M.K. Dempsey // *Current Opinion in Biomedical Engineering*. — 2019. — Vol. 11. — P. 16–21.
218. Charalambous, M. Data on motivational factors of the medical and nursing staff of a Greek Public Regional General Hospital during the economic crisis / M. Charalambous, M. Konstantinos, M. Talias // *Data in Brief*. — 2017. — Vol. 11. — P. 371–381.
219. Chatzicharalambous, A. Factors motivating the medical and nursing staff of Limassol general hospital in times of economic crisis / A. Chatzicharalambous // *Open University of Cyprus (unpublished Msc Thesis, 2016)*. — URL: <http://hdl.handle.net/11128/2189>. (Дата обращения 19.03.2019).
220. Dick, E.Z. Quality improvement in hospitals: barriers and facilitators / E.Z. Dick, B.D. Ford // *Int. J. Health Care Qual. Assur.* — 2017. — Vol. 30 (1). — P. 16–24.
221. Dolea, C. Motivation of health care workers: review of theories and empirical evidence / C. Dolea, O. Adams // *Cahiers de Sociologie et Démographie Médicale*. — 2005. — Vol. 45 (1). — P. 135–161.
222. Franco, L.M. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia / L.M. Franco, S. Bennett, R. Kanfer, P. Stubblebine // *Soc. Sci. Med.* — 2004. — Vol. 58. — P. 343–355.
223. Franco, L.M. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework / L.M. Franco, S. Bennett, R. Kanfer, *Soc. Sci Med.* — 2002. — Vol. 54 (8). — P. 1255–1266.
224. Gastaldi, L. Measuring the maturity of business intelligence in healthcare: Supporting the development of a roadmap toward precision medicine within ISMETT hospital / L. Gastaldi, A. Pietrosi, S. Lessanibahri et al. // *Technol. Forecast Soc. Change*. — 2018. — Vol. 128. — P. 84–103.
225. Gregory, C.P. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis / C.P. Gregory // *Eval. Program Plann.* — 1983. — Vol. 6 (3–4). — P. 185–210.
226. Gulliver, S. Changing building user attitude and organisational policy towards sustainable resource use in healthcare / S. Gulliver, H. Grzybek, M. Radosavljevic, I. Wiafe // *Health Policy Technol.* — 2013. — Vol. 2 (2). — P. 75–84.

227. Herzberg, F. One more time: how do you motivate employees? / F. Herzberg // *Harvard Business Review*. — 2003. — Vol. 81. — P. 87–96.
228. Herzberg, F. The motivation to work / F. Herzberg, B. Manseur, B. Synderman. — New-York: Wiley, 1959. — 238 p.
229. Hsi-Hui C. Determinants of hospital efficiency: the case of central government-owned hospitals in Taiwan / C. Hsi-Hui // *Omega*. — 1998. — Vol. 26 (2). — P. 307–317.
230. Jiang, S. A large group linguistic Z-DEMATEL approach for identifying key performance indicators in hospital performance management / S. Jiang, H. Shi, W Lin, H.-C. Liu // *Appl. Soft Comput.* — 2020. — Vol. 86. — P. 105900.
231. Kaarna, M. The progress of reforms: Job satisfaction in a typical hospital in Estonia / M. Kaarna, K. Polluste, R. Lepnurm et al. // *Int. J. Qual. Health Care*. — 2004. — Vol. 3. — P. 253–261.
232. Keeton, K. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout / K. Keeton, D.E Fenner, T.R. Johnson, R.A. Hayward // *Obstet. Gynecol.* — 2007. — Vol. 4. — P. 949–955.
233. Labiris, G. A proposed Instrument for the Assessment of Job Satisfaction in Greek Mental NHS Hospitals / G. Labiris, K. Gitona, V. Drosou, D. Niakas // *J. Med. Syst.* — 2008. — Vol. 32. — P. 333–341.
234. Liu, X. The effect of performance-related pay of hospital doctors on hospital behaviour: a case study from Shandong (China) / X. Liu, A. Mills // *Hum. Resour. Health*. — 2005. — Vol. 3. — P. 11.
235. Locker, D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care / D. Locker, D. Dunt // *Social Science and Medicine. Part A: Medical Psychology and Medical Sociology*. — 1978. — Vol. 12. — P. 283–292.
236. Manongi, R.N. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective / R.N. Manongi, T.C. Marchant, I.C. Bygbjerg // *Hum. Resour. Health*. — 2006. — Vol. 4. — P. 6–10.
237. Martinez, J. Rethinking human resources: An agenda for the millennium / J. Martinez, T. Martineau // *Health Policy and Planning*. — 1998. — Vol. 13. — P. 345–358.
238. Mathauer, I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools / I. Mathauer, I. Imhoff // *Hum. Resour. Health*. — 2006. — Vol. 4. — P. 10–24.

239. Mazen, J. Measuring quality in emergency medical services: a review of clinical performance indicators / J. Mazen // *Emerg. Med. Int.* — 2011. — Vol. 2012. — P. 161630.
240. Manoj, K.K. Improved monitoring of human embryo culture conditions using a deep learning-derived key performance indicator (KPI) / K.K. Manoj, P. Thirumalaraju, R. Gupta et al. // *Fertil. Steril.* — 2019. — Vol. 112 (3). — P. e70–e71.
241. Mbindyo, P.M. Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Kenya / P.M. Mbindyo, D. Blaauw, L. Gilson, M. English // *Hum. Resour. Health.* — 2009. — Vol. 7 (1). — P. 40.
242. Muriana, C. An expert system for financial performance assessment of health care structures based on fuzzy sets and KPIs / C. Muriana, T. Piazza, G. Vizzini // *Knowledge-Based Systems.* — 2016. — Vol. 97. — P. 1–10.
243. Owen, A.V. Management for doctors. Getting the best from people / A.V. Owen // *Br. Med. J.* — 1995. — Vol. 310 (6980). — P. 648–651.
244. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability [Электронный ресурс] / European Observatory on Health Systems and Policies Series. — URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf. (Дата обращения 17.02.2017).
245. Piko, B.F. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey / B.F. Piko // *Int. J. Nurs.* — 2006. — Vol. 3. — P. 311–318.
246. Pishnamazzadeh, M. An assessment model for hospital resilience according to the simultaneous consideration of key performance indicators: a system dynamics Approach / M. Pishnamazzadeh, M.M. Sepehri, B. Ostadi // *Perioper. Care Oper. Room Manag.* — 2020. — Vol. 20. — P. 100118.
247. Rahman, H. A grey approach to predicting healthcare performance / H. Rahman, T.J. Tumpa, S.M. Ali, S.K. Paul // *Measurement.* — 2019. — Vol. 134. — P. 307–325.
248. Rigoli, F. The interface between health sector reform and human resources in health / F. Rigoli, G. Dussault // *Hum. Resour. Health.* — 2003. — Vol. 1. — P. 1–12.
249. Roldán-García M. Ontology-driven approach for KPI meta-modelling, selection and reasoning / M. Roldán-García, J. García-Nieto, A. Maté et al. // *Int. J. Inf. Manage.* — 2019. — P. 102018.

250. Seoyoung, L.R. The effects of Korean Medical Service Quality and Satisfaction on Revisit Intention of the United Arab Emirates Government Sponsored Patients / L.R.Seoyoung, K. Eun-Kyung // Asian Nursing Research. — 2017. — Vol. 11 (2). — P. 142–149.
251. Shen, J. Examining the Tradeoff between fixed pay and performance-related pay: A choice experiment approach / J. Shen, K. Ogawa, H. Takahashi // Review of Economic Analysis. — 2014. — Vol. 6. — P. 119–131.
252. Tsounis, A. Motivation among physicians in Greek Public Health-Care Sector / A. Tsounis, Sarafis P., Bamidis P. // Br. J. Med. — 2014. — Vol. 4 (5). — P. 1094–1105.
253. Vanbrabant, L. Simulation of emergency department operations: A comprehensive review of KPIs and operational improvements / L. Vanbrabant, K. Braekers, K. Ramaekers I.V. Nieuwenhuyse // Computers & Industrial Engineering. — 2019. — Vol. 131. — P. 356–381.
254. Wang C.-Sh. An integrated data analytics process to optimize data governance of non-profit organization/ C.-Sh. Wang et al. // Computers in Human Behavior. — 2019. — Vol. 101. — P. 495–505.
255. Ward, M. Job satisfaction in psychiatric nursing / M. Ward, S. Cowman // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. — 2007. — Vol. 5. — P. 454–461.
256. World Health Organization: Training Manual on Management of Human Resources for Health. Section I, part A. — Geneva. 1993.
257. Young, E.A. The medical manager — A practical guide for clinicians / E.A. Young. — London: BMJ Books, 2003. — 336 p.
258. Zhu, T. A hybrid multi-criteria decision-making model for elective admission control in a Chinese public hospital / T. Zhu, L. Luo, H. Liao et al. // Knowledge-Based Systems. — 2019. — Vol. 173. — P. 37–51.

Анализ основных стимулов персонала в медицинских учреждениях

Вид стимула	Содержание	Достоинства	Недостатки
Врачебный долг (клятва Гиппократ), профессиональный интерес	Основаны на нематериальных стимулах работников	Являются одними из самых эффективных нематериальных стимулов, не предполагают значительных затрат для медицинского учреждения	Не всегда могут быть распространены на все категории медицинского персонала
Доверие пациентов	Проявляется в результате первичных или вторичных контактов пациента с врачом и доверия к нему или по результатам качественно оказанной помощи или личностных симпатий	Один из наиболее эффективных с точки зрения затрат и результатов для медицинского учреждения	В последние годы в медицинской практике наблюдается тенденция к нарушению принципов доверия, что может снизить качество предоставляемых услуг
Регулирование (профессиональные организации врачей, страховые медицинские организации)	Задаются нормами и правилами, сформулированными профессиональными организациями и коллективными покупателями медицинских услуг (государственных органов, страховых медицинских компаний)	Позволяют обеспечить четкие правовые и нормативные основы оказания медицинских услуг различным группам потребителей	Возникает риск стремления одной стороны изменения условий договоренности в свою пользу
Оплата труда и прочие формы компенсации и поощрения	Представляют собой основные формы финансового и материального поощрения работников	Являются необходимым и ключевым дополнением к явным и неявным внутренним стимулам медицинских работников	Относительно более высокий уровень затрат для медицинского учреждения.

Численность медицинских кадров в России в 2010–2015 годах, чел.

Годы	Численность врачей		Численность среднего медицинского персонала	
	Всего, тыс. человек	На 10 000 человек населения	Всего, тыс. человек	На 10 000 человек населения
2010	715,8	50,1	1508,7	105,6
2011	732,8	51,2	1530,4	107,0
2012	703,2	49,1	1520,3	106,1
2013	702,6	48,9	1518,5	105,7
2014	709,4	48,5	1525,1	104,3
2015	673,0	45,9	1549,7	105,8

**Отношение средней заработной платы по округу для различных
категорий медицинских кадров в России, 2015 год. %**

Округ	Отношение средней заработной платы по округу для категорий медицинских кадров, %		
	Врачи	Средний медицинский персонал	Младший медицинский персонал
Российская Федерация	156	88	54,8
Центральный федеральный округ	147,7	84,9	51,3
Северо-Западный федеральный округ	164,2	96	59,1
Южный федеральный округ	155,5	101,9	67,4
Северо-Кавказский федеральный округ	171,3	89,3	57,2
Приволжский федеральный округ	158,8	88,9	54,3
Сибирский федеральный округ	164	89,3	56,6
Дальневосточный федеральный округ	164,3	95,7	59,4
Крымский федеральный округ	187,5	113,5	73,8

**Обзор программ, используемых для внедрения принципа оплаты труда
по результатам в системах здравоохранения зарубежных стран**

Специализация программ	Страна	Название программы		Год ввода программы в действие
Оказание первичной медицинской помощи	Австралия	PIP	Программа практики стимулирования	1998 г.
	Эстония	PHC QBS	Первичная Медико-Санитарная Помощь; Бонусная система качества	2005 г.
	Франция	ROSP	Программа оплаты в соответствии с целями системы здравоохранения	2009 г.
	Германия	DMP	Программы управления заболеваемостью	2002 г.
	Новая Зеландия	PHO	Программа повышения производительности первичной медицинской помощи	2006 г.
	Турция	FM PBC	Развитие семейной медицины на основе контрактной системы	2003 г.
	Великобритания	QOF	Система качества и результатов	2004 г.
	США (штат Калифорния)	INA	Программа стимулирования врачей системы здравоохранения	2002 г.
Больницы	Бразилия (Сан-Паулу)	OSS	Программа поддержки общественных организаций в сфере здравоохранения	1998 г.
	Южная Корея	VIP	Программа стимулирования	2007 г.
	США (Мэриленд)	MHAC	Коммерческая программа больницы Мэриленд	2010 г.
	США (федеральная программа)	HQID	Программа стимулирования качества деятельности больниц	2004 г.

**Направленность программ, используемых для внедрения принципа
оплаты труда по результатам в зарубежных системах здравоохранения**

Страна	Направленность (охват) программ		
	Первичная медицинская помощь	Специальные медицинские услуги	Развитие медицинских учреждений
Австралия	+		+
Австрия			
Бельгия	+		
Канада			
Чили	+	+	
Чехия			
Дания			
Франция	+	+	+
Германия	+		
Корея	+	+	+
Мексика	+		
Нидерланды	+	+	+
Новая Зеландия	+		
Норвегия			
Польша	+		
Испания	+	+	+
Швеция	+		
Турция	+		
Великобритания	+	+	+
США	+	+	+

Уважаемые коллеги!

В рамках научно-практического исследования, направленного на совершенствование мер по стимулированию труда, просим Вас анонимно высказать свое мнение, заполнив следующую анкету

1. Пол:

☐ муж

☐ жен

2. Возраст _____ лет

3. Стаж работы в медицинских учреждениях _____ лет

4. Профиль отделения

☐ хирургический

☐ терапевтический

☐ диагностический

☐ консультативно-диагностический

☐ _____

5. Профессиональная квалификационная группа

☐ медицинский персонал первого уровня

☐ средний медицинский персонал

☐ врач

☐ руководитель подразделения

6. Специализация _____

7. Имеете ли Вы представление об эффективном контракте?

☐ знаю в общих чертах

☐ знаю и имею хорошее представление

☐ знаю и имею детальное представление

8. Знакомы ли Вы с основными положениями типового эффективного контракта?

- ☐ да, в деталях
- ☐ да, читал (а) его
- ☐ нет, не знаком (а)

9. На Ваш взгляд, правильное внедрение эффективного контракта для пациентов медицинского учреждения привело бы к:

- ☐ ухудшению качества оказываемых медицинских услуг
- ☐ улучшению качества оказываемых медицинских услуг
- ☐ ничего не изменится
- ☐ затрудняюсь ответить

10. На Ваш взгляд, правильное внедрение эффективного контракта для медицинских работников медицинской организации привело бы:

- ☐ рост требований к качеству работы
- ☐ повышение ответственности персонала при оказании медицинских услуг
- ☐ рост эффективности труда работников
- ☐ повышению мотивации персонала за счет привязки результатов к доходам
- ☐ снижению мотивации персонала и его удовлетворенности условиями труда
- ☐ ничего не изменится
- ☐ затрудняюсь ответить

11. По Вашему мнению, какое влияние оказали изменения в оплате труда на качество оказания медицинских услуг:

- ☐ исключительно положительное
- ☐ скорее положительное
- ☐ никакого влияния
- ☐ скорее отрицательное
- ☐ исключительно отрицательное
- ☐ затрудняюсь ответить

12. Укажите наиболее действенные, на Ваш взгляд, способы информирования об эффективном контракте и последствиях его внедрения:

- ☐ административные совещания
- ☐ конференции и семинары
- ☐ программы повышения квалификации
- ☐ печатные материалы
- ☐ видео материалы
- ☐ другое (указать) _____

13. Укажите, к каким видам доплат относятся перечисленные ниже доплаты:

а) За интенсивность работы

- ☐ стимулирующие
- ☐ компенсационные
- ☐ иные
- ☐ затрудняюсь ответить

б) За качество работы

- ☐ стимулирующие
- ☐ компенсационные
- ☐ иные
- ☐ затрудняюсь ответить

в) За ученое звание/степень

- ☐ стимулирующие
- ☐ компенсационные
- ☐ иные
- ☐ затрудняюсь ответить

г) За стаж

- ☐ стимулирующие
- ☐ компенсационные
- ☐ иные
- ☐ затрудняюсь ответить

д) По итогам работы

- ☐ стимулирующие
- ☐ компенсационные
- ☐ иные
- ☐ затрудняюсь ответить

14. Выделите, пожалуйста, принцип выбора критериев оценки эффективности медицинских работников:

- ☐ учитывающие специфику каждой специальности и должности
- ☐ смешанные
- ☐ индивидуальные для каждого работника
- ☐ единые для всего персонала
- ☐ затрудняюсь ответить

15. По Вашему мнению, какой принцип должен лежать в распределении стимулирующих выплат среди медицинских работников:

- ☐ равномерное поощрение всех работников для исключения плохого климата в коллективе
- ☐ стимулирование в зависимости от достигнутых результатов в виде количественных показателей
- ☐ стимулирование в соответствии с квалификацией медицинского работника
- ☐ затрудняюсь ответить

16. По Вашему мнению, каковы наиболее оптимальные периоды осуществления стимулирующих выплат?

- ☐ ежемесячно
- ☐ раз в квартал
- ☐ за полугодие
- ☐ за год
- ☐ затрудняюсь ответить

17. По Вашему мнению, каковая оптимальная доля стимулирующих выплат в совокупном размере оплаты труда медицинского работника?

- ☐ до 10%
- ☐ от 10% до 20%
- ☐ от 20% до 30%

- ☐ от 30% до 50%
- ☐ свыше 50%
- ☐ затрудняюсь ответить

18. Укажите, пожалуйста, в какой степени на объем стимулирующих выплат и оценку результативности работы медицинского персонала должны оказывать влияние выделенные группы критериев:

а) За выполнение объемов государственного задания

- ☐ значительное влияние
- ☐ слабое влияние
- ☐ не влияет
- ☐ затрудняюсь ответить

б) Выполнение согласованных показателей результативности

- ☐ значительное влияние
- ☐ слабое влияние
- ☐ не влияет
- ☐ затрудняюсь ответить

в) Внешние независимые экспертные оценки

- ☐ значительное влияние
- ☐ слабое влияние
- ☐ не влияет
- ☐ затрудняюсь ответить

г) Оценки пациентов

- ☐ значительное влияние
- ☐ слабое влияние
- ☐ не влияет
- ☐ затрудняюсь ответить

д) Оценки руководителей

- ☐ значительное влияние
- ☐ слабое влияние
- ☐ не влияет
- ☐ затрудняюсь ответить

Благодарим Вас за участие в исследовании!

Уважаемые пациенты!

На базе ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» проводится научно-практическое исследование, направленное на совершенствование мер организации медицинской помощи и оказания медицинских услуг населению. Просим Вас высказать свое мнение, заполнив анкету (анонимный опрос).

1. Пол:

- ☐ муж
- ☐ жен

2. Возраст _____ лет

3. Социальный статус:

- ☐ студент (обучающийся)
- ☐ занятый
- ☐ безработный
- ☐ пенсионер

4. Способ получения медицинских услуг:

- ☐ в рамках ОМС (ДМС)
- ☐ на основе платных медицинских услуг

5. Медицинские услуги какого профиля были Вам оказаны в последний раз:

- ☐ хирургический
- ☐ терапевтический
- ☐ диагностический
- ☐ консультативно-диагностический
- ☐ стационарное лечение

6. Удовлетворены ли Вы отношением персонала во время пребывания в отделении?

- ☐ да
- ☐ нет

7. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников учреждения?

☐ да

☐ нет

8. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинском учреждении?

☐ да

☐ нет

9. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинском учреждении?

☐ да

☐ нет

10. Удовлетворены ли Вы действиями медицинского персонала по уходу?

☐ да

☐ нет

11. Рекомендовали бы Вы медицинское учреждение для получения медицинских услуг?

☐ да

☐ нет

Благодарим Вас за участие в исследовании!

**Показатели оценки деятельности медицинского персонала
ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»**

Таблица 8.1 — Показатели оценки деятельности заместителя главного врача по медицинской части ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объёмов медицинской помощи по видам деятельности (включая ВМП) в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объёмными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у-02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объёмных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0
2	Средняя длительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре	Формы № 7, № 16, 66/у-02 Отчет АС БМС	Койко-дней	Снижение (min) Без динамики Возрастание	10 7 0
3	Больничная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Карты стационарного больного (форма 003/у) Формы 066/у-02 Протоколы вскрытий, Результаты КАК и КИЛИ	Чел.	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание или 5% и более расхождений по 2 категории	10 0
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	20 5 0
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	10 5 0
6	Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи в стационаре	Анкетирование пациентов	%	70% и более 50%– 69% Менее 50%	10 5 0
7	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения, связанные с действиями персонала по профилю курации)	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 0
8	Выступления и доклады на врачебных конференциях и КИПИ, проведение занятий и разбор сложных случаев врачами отделения	Журнал занятий, протоколы конференций и КИЛИ, презентации	Шт.	1 и более 0	2 0
9	Научно-просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет-ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	3 0
10	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе	%	100% и более 90–99,9%	10 0

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
	курируемыми подразделениями	больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии		80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	–5 –10 –20 –30
Итого максимум				100	

Таблица 8.2 — Показатели оценки деятельности заместителя главного врача по хирургии ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объёмов медицинской помощи по видам деятельности (включая ВМП) в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объёмными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у–02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объёмных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0
2	Средняя длительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре	Формы № 7, № 16, 66/у–02 Отчет АС БМС	Койко-дней	Снижение (min) Без динамики Возрастание	10 7 0
3	Больничная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Карты стационарного больного (форма 003/у) Формы 066/у–02 Протоколы вскрытий, Результаты КАК и КИЛИ	Чел.	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание или 5% и более расхождений по 2 категории	10 0
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	10 5 0
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	10 5 0
6	Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи в стационаре	Анкетирование пациентов	%	70% и более 50–69% Менее 50%	10 5 0
7	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения), связанные с действиями персонала по профилю курации	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 0
8	Выступления и доклады на врачебных конференциях и КИПИ, проведение занятий и разбор сложных случаев врачами отделения	Журнал занятий, протоколы конференций и КИЛИ, презентации	Шт.	1 и более 0	2 0
9	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	3 0

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
10	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
11	Хирургическая активность	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы	%	70% и более 60% и более 50% и более Менее 50%	10 0 10 20
Итого максимум				100	

Таблица 8.3 — Показатели оценки деятельности заместителя главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности (включая ВМП) в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объемными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у–02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0
2	Средняя длительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре	Формы № 7, № 16, 66/у–02 Отчет АС БМС	Койко-дней	Снижение (min) Без динамики Возрастание	10 7 0
3	Больничная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Карты стационарного больного (форма 003/у) Формы 066/у–02 Протоколы вскрытий, Результаты КАК и КИЛИ	Чел.	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание или 5% и более расхождений по 2 категории	10 0
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	10 5 0
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	10 5 0
6	Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи в стационаре	Анкетирование пациентов	%	70% и более 50%– 69% Менее 50%	10 5 0
7	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения), связанные с действиями персонала по профилю курации	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 0
8	Выступления и доклады на врачебных конференциях и КИПИ, проведение занятий и разбор сложных случаев врачами	Журнал занятий, протоколы конференций и КИЛИ, презентации	Шт.	1 и более 0	2 0

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
	отделения				
9	Научно-просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет-ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	3 0
10	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
11	Доступность оказания медицинской помощи	СУПП ЕМИАИС Журнал записи на исследования	%	0 0,1–0,9 1 и более	5 1 0
12	Выполнение плана диспансеризации женского населения	Ежемесячный отчет о выполнении программ	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% Менее 79,9%	5 0 –5 –10
Итого максимум				100	

Таблица 8.4 — Показатели оценки деятельности заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе и платным услугам ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности (включая ВМП) в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объемными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у–02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0
2	Средняя длительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре	Формы № 7, № 16, 66/у–02 Отчет АС БМС	Кой-ко-дней	Снижение (min) Без динамики Возрастание	10 7 0
3	Больничная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Карты стационарного больного (форма 003/у) Формы 066/у–02 Протоколы вскрытий, Результаты КАК и КИЛИ	Чел.	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание или 5% и более расхождений по 2 категории	10 0
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	20 5 0
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	10 5 0
6	Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи в	Анкетирование пациентов	%	70% и более 50%– 69%	10 5

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
	стационаре			Менее 50%	0
7	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения, связанные с действиями персонала по профилю курации)	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 0
8	Выступления и доклады на врачебных конференциях и КИПИ, проведение занятий и разбор сложных случаев врачами отделения	Журнал занятий, протоколы конференций и КИЛИ, презентации	Шт.	1 и более 0	2 0
9	Научно-просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет-ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	3 0
10	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
Итого максимум				100	

Таблица 8.5 — Показатели оценки деятельности заведующего филиалом «Поликлиническое отделение» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности (включая ВМП) в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объемными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у-02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	15 5 2 0
2	Выполнение плана–графика программ диспансеризации (иммунизации) населения и его отдельных групп	Ежемесячный отчет о выполнении программ	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	5 0 –5 10
3	Выполнение плана–графика госпитализации (направления на роды) пациентов в стационар	Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 0 –5 –10
4	Дефекты оказания медицинской помощи (проведения диагностических исследований), связанные с действиями персонала	Карты амбулаторного и стационарного больного, протоколы исследований, протоколы ВК и ВККиБМД, протоколы вскрытий, результаты КАК и КИЛИ	Шт.	Отсутствие Наличие	5 0
5	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	10 –10
6	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие Наличие	5 0
7	Использование МИС/СУПП ЕМИАС	Карта стационарного больного в	%	100%	5

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
	отделением	МИС Учетно-отчетная документация в МИС Отчет ОИТ об использовании МИС подразделением		98–99% 95–97% Менее 95%	0 –5 –10
8	Доля записи пациентов отделения СУПП ЕМИАС, попавших в «красную зону» по доступности, включая нереализованный спрос	СУПП ЕМИАС	%	0 0,1–1 Больше 1	5 1 0
9	Удовлетворенность качеством оказанной амбулаторной помощи и медицинскими услугами	Анкетирование пациентов	%	70% и более 50%– 69% Менее 50%	10 5 0
10	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	5 0
11	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
Итого максимум				100	

Таблица 8.6 — Показатели оценки деятельности заведующего филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности (включая ВМП) в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объёмными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у–02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0
2	Средняя длительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре	Формы № 7, № 16, 66/у–02 Отчет АС БМС	Кой-ко-дней	Снижение (min) Без динамики Возрастание	10 7 0
3	Больничная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Карты стационарного больного (форма 003/у) Формы 066/у–02 Протоколы вскрытий, Результаты КАК и КИЛИ	Чел.	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание или 5% и более расхождений по 2 категории	10 0
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	20 5 0

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие 1–2 3 и более	10 5 0
6	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения, связанные с действиями персонала по профилю курации)	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 0
7	Использование МИС отделением, дефекты ведения медицинской и служебной документации в МИС, связанные с действиями персонала	Карта стационарного больного в МИС Учетно–отчетная документация в МИС Отчет ОИТ об использовании МИС подразделением	%	100% 98–99% 95–97% Менее 95%	5 0 –5 –10
8	Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи в стационаре	Анкетирование пациентов	%	70% и более 50%– 69% Менее 50%	10 5 0
9	Выступления и доклады на врачебных конференциях и КИПИ, проведение занятий и разбор сложных случаев врачами отделения	Журнал занятий, протоколы конференций и КИЛИ, презентации	Шт.	1 и более 0	2 0
10	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	3 0
11	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
Итого максимум				100	

Таблица 8.7 — Показатели оценки деятельности заведующего лечебным отделением терапевтического профиля (терапия, пульмонология, кардиология, неврология, педиатрия) ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности (включая ВМП) в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объемными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у–02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0
2	Средняя длительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре	Формы № 7, № 16, 66/у–02 Отчет АС БМС	Койко-дней	Снижение (min) Возрастание	5 0
3	Больничная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Карты стационарного больного (форма 003/у) Формы 066/у–02 Протоколы вскрытий, Результаты КАК и КИЛИ	Чел.	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание	5 0

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
				или 5% и более расхождений по 2 категории	
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	0 –10
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов, этики и деонтологии	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие Наличие	10 –5
6	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения, связанные с действиями персонала по профилю курации)	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 –5
7	Использование МИС отделением, дефекты ведения медицинской и служебной документации в МИС, связанные с действиями персонала	Карта стационарного больного в МИС Учетно–отчетная документация в МИС Отчет ОИТ об использовании МИС подразделением	%	100% 98–99% 95–97% Менее 95%	5 0 –5 –10
8	Оценка работы заведующего отделением по результатам работы ВКК и БМД	Протоколы ВККиБМД Журналы ВККиБМД	Балл	0,8–1 0,6–0,7 Менее 0,5	5 2 –5
9	Доступность консультативно–диагностической и плановой стационарной помощи	Отчет заведующего КДО Журнал направлений на госпитализацию КДО Журнал отборочной комиссии	Сутки (отклонение от норматива)	0 1–5 Более 6	5 0 –5
10	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	5 0
11	Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи в стационаре	Анкетирование пациентов	%	70% и более Менее 70%	5 0
12	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
Итого максимум				70	

Таблица 8.8 — Показатели оценки деятельности заведующего отделением хирургического профиля (общая хирургия, нейрохирургия, травматология, ЛОР, гнойная хирургия и колопроктология), а также рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам	Отчет МОФОМС, Форма 016/у–02,	%	100% и более 90–99,9%	10 5

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
	деятельности в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объёмными и стоимостными показателями	Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объёмных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы		80–89% Менее 80%	2 0
2	Выполнение утвержденных объёмов ВМП в соответствии с плановыми объёмными и стоимостными показателями	Форма № 7, ежемесячный отчет о работе отделения	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0
3	Послеоперационная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Карты стационарного больного (форма 003/у) Формы 066/у–02 Протоколы вскрытий Результаты КАК и КИЛИ	Чел.	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание или 5% и более расхождений по 2 категории	5 0
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	0 –10
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов, этики и деонтологии	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие Наличие	10 –5
6	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения, связанные с действиями персонала по профилю курации	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 –5
7	Использование МИС отделением, дефекты ведения медицинской и служебной документации в МИС, связанные с действиями персонала	Карта стационарного больного в МИС Учетно–отчетная документация в МИС Отчет ОИТ об использовании МИС подразделением	%	100% 98–99% 95–97% Менее 95%	5 0 –5 –10
8	Оценка работы заведующего отделением по результатам работы ВКК и БМД	Протоколы ВККиБМД Журналы ВККиБМД	Балл	0,8–1 0,6–0,7 Менее 0,5	5 2 –5
9	Доступность консультативно–диагностической и плановой стационарной помощи	Отчет заведующего КДО Журнал направлений на госпитализацию КДО Журнал отборочной комиссии	Сутки (отклонение от норматива)	0 1–5 Более 6	5 0 –5
10	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	5 0
12	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9%	10 0 –5 –10 –20

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
				Менее 50%	–30
Итого максимум				70	

Таблица 8.9 — Показатели оценки деятельности заведующих отделением «женская консультация» и консультативно–диагностическим отделением (КДО филиал «Поликлиническое отделение», КДО филиал «Перинатальный центр») ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объемными и стоимостными показателями	Отчет МОФОМС, Форма 016/у–02, Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе больницы	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0
2	Выполнение плана-графика программ диспансеризации населения и его отдельных групп	Ежемесячный отчет о выполнении программ	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	5 0 –5 –10
3	Выполнение плана-графика госпитализации (направления на роды) в стационар	Ежемесячный отчет о выполнении программ	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	5 0 –5 10
4	Дефекты оказания медицинской помощи (выполнения диагностических исследований) и ведения медицинской документации	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	5 0
5	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	10 –10
6	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов, этики и деонтологии	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие Наличие	10 0
7	Использование МИС/СУПП ЕМИАС отделением	Карта стационарного больного в МИС Учетно–отчетная документация в МИС Отчет ОИТ об использовании МИС подразделением	%	100% 98–99% 95–97% Менее 95%	5 0 –5 –10
8	Доля записи пациентов отделения СУПП ЕМИАС, попавших в «красную зону» по доступности, включая нереализованный спрос	СУПП ЕМИАС	%	0 0,1–1 Больше 1	5 1 0
9	Удовлетворенность качеством оказанной амбулаторной помощи и медицинскими услугами	Анкетирование пациентов	%	70% и более 50%– 69% Менее 50%	10 5 0
10	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы	Шт.	1 и более 0	5 0

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
	сотрудников новым методикам	занятий и конференций			
11	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
Итого максимум				70	

Таблица 8.10 — Показатели оценки деятельности заведующего диагностическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (ультразвуковая диагностика, функциональная диагностика, рентгенология, эндоскопия, трансфузиология, КДЛ, ПАО)

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объёмов исследований в соответствии с плановыми показателями	Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе отделения	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0
2	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов, этики и деонтологии	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие Наличие	10 –10
3	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения, связанные с действиями персонала по профилю курации)	Карта стационарного больного (форма 003/у) Протоколы ВК, ВККиБМД, Протоколы КИЛИ и КАК	Ед.	Отсутствие Наличие	10 0
4	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	0 –10
5	Исполнение сроков сдачи отчетов, заявок, качество и достоверность предоставляемой информации	Приказы, акты, протоколы комиссий, замечания	Шт. (замечаний)	Отсутствие Наличие	5 0
6	Использование МИС отделением, дефекты ведения медицинской и служебной документации в МИС, связанные с действиями персонала	Карта стационарного больного в МИС Учетно-отчетная документация в МИС Отчет ОИТ об использовании МИС подразделением	%	100% 98–99% 95–97% Менее 95%	5 0 –5 –10
7	Соблюдение сроков ожидания выполнения исследований для стационарных пациентов	Карты амбулаторного и стационарного больного Журналы записи исследований	Сутки	0 0,5–1 Более 1	10 1 0
8	Соблюдение сроков ожидания выполнения исследований для амбулаторных пациентов	Карты амбулаторного и стационарного больного Журналы записи исследований	Сутки	0 1–5 Более 6	10 1 0
9	Выступления и доклады на врачебных конференциях и КИПИ,	Журнал занятий, протоколы конференций	Шт.	1 и более	2

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
	проведение занятий и разбор сложных случаев врачами отделения	и КИЛИ, презентации		0	0
10	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	3 0
11	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30
Итого максимум				70	

Таблица 8.11 — Показатели оценки деятельности врачей ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (Ультразвуковая диагностика, функциональная диагностика, рентгенология, эндоскопия, трансфузиология, КДЛ, ПАО)

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах
1	Выполнение утвержденных объемов исследований в соответствии с плановыми показателями	Ежемесячный план по выполнению стоимостных и объемных показателей, Ежемесячный отчет о работе отделения	%	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0
2	Дефекты качества выполнения диагностических и лечебных процедур	Карта амбулаторного и стационарного больного, протоколы исследований	Шт.	Отсутствие Наличие	10 –5
3	Дефекты ведения медицинской документации в МИС/ЕМИАС и на бумажных носителях	Карта амбулаторного и стационарного больного, протоколы исследований	Шт.	Отсутствие Наличие	10 –5
4	Соблюдение трудовой дисциплины и внутреннего трудового распорядка	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	0 –10
5	Соблюдение техники безопасности	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	0 –10
6	Соблюдение сроков ожидания выполнения исследований, выдачи результата	Карты амбулаторного и стационарного больного Журналы записи исследований	Замечания	Отсутствие 1 2 и более	10 1 –5
7	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов, этики и деонтологии	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие Наличие	5 –10
8	Научно–просветительская работа, расширение спектра лечебных и диагностических услуг, обучение сотрудников новым методикам	Пресса, медицинская литература, интернет–ресурсы, протоколы занятий и конференций	Шт.	1 и более 0	5 0
Итого максимум				50	

Таблица 8.12 — Матрица показателей эффективности медицинского персонала хирургического профиля ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Выполнение показателя									
		Заведующий лечебным отделением		Врач		Старшая медицинская сестра		Средний медицинский персонал		Уборщица	
1	Выполнение утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности в рамках Госзадания и Программы Госгарантий по стационару в соответствии с плановыми объемными и стоимостными показателями	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	20 10 2 0	–	–
2	Средняя длительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре	Снижение или без динамики Возрастание	5 0	Снижение или без динамики Возрастание	5 0	–	–	–	–	–	–
3	Больничная летальность (динамика), (наличие или отсутствие расхождений по 2 и 3 кат.)	Без динамики или снижение (при условии не более%% расхождений по 2 категории) Возрастание или 5% и более расхождений по 2 категории	5 0	–	–	–	–	–	–	–	–
4	Письменные замечания от администрации	Отсутствие Наличие	0 –10	Отсутствие Наличие	0 –10	Отсутствие Наличие	5 –10	Отсутствие Наличие	5 –10	Отсутствие Наличие	5 –10
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Отсутствие Наличие	10 –5	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	10 –10	Отсутствие Наличие	10 –10	Отсутствие Наличие	5 –10
6	Дефекты оказания медицинской помощи (осложнения, связанные с действиями персонала)	Отсутствие Наличие	5 –5	–	–	–	–	–	–	–	–
7	Использование МИС отделением, дефекты ведения медицинской и служебной документации в МИС, связанные с действиями персонала	100% 98–99% 95–97% Менее 95%	5 0 –5 –10	–	–	–	–	–	–	–	–
8	Оценка работы заведующего отделением по результатам работы ВКК и БМД	0,8–1 0,6–0,7 Менее 0,5	5 2 –5	–	–	–	–	–	–	–	–
9	Доступность консультативно-диагностической и плановой стационарной помощи	0 1–5 Более 6	5 0 –5	–	–	–	–	–	–	–	–
10	Научно-просветительская работа	1 и более	5	–	–	1 и более	5	–	–	–	–

№	Показатель	Выполнение показателя									
		Заведующий лечебным отделением		Врач		Старшая медицинская сестра		Средний медицинский персонал		Уборщица	
		0	0			0	0				
11	Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи в отделении	70% и более Менее 70%	5 0	–	–	–	–	–	–	–	–
12	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 –5 –10 –20 –30	–	–	–	–	–	–
13	Хирургическая активность	70% и более 60% и более 50% и более Менее 50%	10 0 10 20	–	–	–	–	–	–	–	–
14	Качество оказания медицинской помощи (соответствие стандартам лечения, схемам применения, срокам и объемам медицинской помощи) качество и своевременность оформления медицинской документации	–	–	Отсутствие Наличие	10 –10	–	–	Отсутствие Наличие	5 –10	–	–
15	Ведение медицинской документации в МИС (наличие дефектов)	–	–	Отсутствие Наличие	10 –10	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	10 –5	–	–
16	Ведение амбулаторной, консультативно–диагностической помощи (соответствие нормативу)	–	–	Да Нет	5 0	–	–	–	–	–	–
17	Расширение спектра МУ, выступления и доклады	–	–	1 и более 0	5 0	–	–	–	–	–	–
18	Исполнение сроков сдачи отчетов, заявок, качество и достоверность предоставляемой информации	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 0	–	–	–	–
19	Санитарно–эпидемиологический режим (наличие/отсутствие дефектов)	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5	–	–
20	Руководство персоналом (замечания)	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5	–	–	–	–
21	Ведение функциональных обязанностей (замечания)	–	–	–	–	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –10

Таблица 8.13 — Матрица показателей эффективности старшей медицинской сестры, среднего и младшего медицинского персонала первого уровня диагностического отделения ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Выполнение показателя					
		Старшая медицинская сестра		Медицинская сестра (рентгенлаборант)		Фельдшер-лаборант, технолог	
1	Организация и контроль за соблюдением трудовой дисциплины и внутреннего трудового распорядка	Отсутствие Наличие	10 –10	– –	– –	– –	– –
2	Организация и контроль за соблюдением техники безопасности, должностных обязанностей, пожарной и радиационной безопасности, санитарно-эпидемиологического режима, утилизации отходов	Отсутствие Наличие	10 –10	– –	– –	– –	– –
3	Организация и контроль за ведением медицинской и служебной документации	Отсутствие Наличие	10 –10	– –	– –	– –	– –
4	Организация и контроль за работой медицинских сестер	Отсутствие Наличие	10 –10	– –	– –	– –	– –
5	Контроль за соблюдением прав пациентов, этики и деонтологии	Отсутствие Наличие	5 –10	– –	– –	– –	– –
6	Организация и контроль за проведением периодических медицинских осмотров	Отсутствие Наличие	5 –10	– –	– –	– –	– –
7	Проведение занятий со средним и младшим медицинским персоналом; освоение и внедрение в практику новых услуг, участие в конкурсах	1 и более 0	5 0	– –	– –	– –	– –
8	Выполнение утвержденных объемов исследований в соответствии с плановыми показателями	–	–	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0	100% и более 90–99,9% 80–89% Менее 80%	10 5 2 0
9	Дефекты качества выполнения диагностических и лечебных процедур	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5
10	Дефекты ведения медицинской документации	–	–	Отсутствие Наличие	5 0	Отсутствие Наличие	5 0
11	Соблюдение трудовой дисциплины и внутреннего трудового распорядка	–	–	Отсутствие Наличие	5 –10	Отсутствие Наличие	5 –10
12	Соблюдение техники безопасности	–	–	Отсутствие Наличие	0 –10	Отсутствие Наличие	0 –10
13	Соблюдение сроков ожидания выполнения исследований, выдачи результата	–	–	Отсутствие 1 2 и более	10 1 –5	Отсутствие 1 2 и более	10 1 –5
14	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов, этики и деонтологии	–	–	Отсутствие Наличие	0 –10	Отсутствие Наличие	0 –10

№	Показатель	Выполнение показателя					
		Старшая медицинская сестра		Медицинская сестра (рентгенлаборант)		Фельдшер-лаборант, технолог	
15	Освоение и внедрение в практику новых услуг, участие в конкурсах	–	–	1 и более 0	5 0	1 и более 0	5 0

Таблица 8.14 — Матрица показателей оценки эффективности врачей филиала «Поликлиническое отделение» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Выполнение показателя							
		Врач–терапевт		Врач общей практики		Врач–специалист		Врач–методист	
1	Выполнение установленного плана по посещениям	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	10 5 3 0
2	Выполнение плана по направлению на диспансеризацию	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0
3	Выполнение плана по направлению на вакцинацию	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0	100% и более 90–99% 80–89,9% Менее 79,9%	5 3 1 0
4	Соблюдение установленной доступности записи и времени приема пациента	Положительные показатели Отрицательные показатели	5 –5	Положительные показатели Отрицательные показатели	5 –5	Положительные показатели Отрицательные показатели	5 –5	Положительные показатели Отрицательные показатели	5 –5
5	Соблюдение установленных стандартов и порядков оказания медицинской помощи по профилям	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5
6	Формирование и ведение терапевтического участка	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	–	–	–	–
7	Наличие жалоб со стороны пациентов и сотрудников	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5
8	Наличие замечаний со стороны руководства	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5	Отсутствие Наличие	5 –5
9	Соблюдение санитарно–эпидемиологического режима во вверенном помещении	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	Отсутствие дефектов Наличие дефектов	5 –5	–	–

№	Показатель	Выполнение показателя							
		Врач–терапевт		Врач общей практики		Врач–специалист		Врач–методист	
10	Оформление медицинской документации, в том числе в системе ЕМИАС/МИС	Отсутствие	5	Отсутствие	5	Отсутствие	5	Отсутствие	5
		Наличие	–5	Наличие	–5	Наличие	–5	Наличие	–5
11	Ведение диспансерной группы	Отсутствие дефектов	5			Отсутствие дефектов	5	–	–
		Наличие Дефектов	–5	–	–	Наличие дефектов	–5		
12	Направление на консультацию к узкопрофильным специалистам	–	–	До 30% 30– 50% Более 50%	5 0 –2	–	–	–	–
13	Контроль за ДЛО	–	–	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5
14	Контроль качества оказаний медицинской помощи населению	–	–	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5
15	Экспертиза временной нетрудоспособности	–	–	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5
16	Разбор обращений пациентов	–	–	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5
17	Корректная работа в системах ЭДО, ЕМИАС/МИС	–	–	–	–	–	–	Отсутствие Наличие	5 –5

Таблица 8.15 — Матрица показателей оценки трудовой деятельности для среднего и младшего медицинского персонала филиала «Поликлиническое отделение» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Выполнение показателя					
		Медицинская сестра кабинета врача–специалиста		Медицинская сестра постовая		Медицинская сестра процедурная	
1	Своевременное выполнение поручений врача	Отсутствие	2	Отсутствие	3	Отсутствие	3
		Наличие	–2	Наличие	–3	Наличие	–3
2	Соблюдение правил получения, учета и хранения медикаментов и расходных материалов	Отсутствие	5	Отсутствие	3	Отсутствие	5
		Наличие	–5	Наличие	–3	Наличие	–5
3	Соблюдение правил организации учёта, хранения и транспортировки отходов класса А и Б	Отсутствие	5	Отсутствие	2	Отсутствие	5
		Наличие	–5	Наличие	–2	Наличие	–5
4	Наличие жалоб со стороны пациентов и сотрудников	Отсутствие	3	Отсутствие	5	Отсутствие	3
		Наличие	–3	Наличие	–5	Наличие	–3
5	Наличие замечаний со стороны руководства	Отсутствие	2	Отсутствие	5	Отсутствие	2
		Наличие	–2	Наличие	–5	Наличие	–2
6	Соблюдение санитарно–эпидемиологического режима во вверенном	Отсутствие	5	Отсутствие	3	Отсутствие	3
		Наличие	–5	Наличие	–3	Наличие	–3

№	Показатель	Выполнение показателя					
		Медицинская сестра кабинета врача-специалиста		Медицинская сестра постовая		Медицинская сестра процедурная	
	помещении						
7	Оформление медицинской документации	Отсутствие Наличие	3 -3	Отсутствие Наличие	2 -2	Отсутствие Наличие	2 -2
8	Ведение диспансерной группы	Отсутствие Наличие	3 -3	Отсутствие Наличие	3 -3	—	—
9	Корректная работа в системе ЕМИАС/МИС	Отсутствие Наличие	2 -2	Отсутствие Наличие	2 -2	Отсутствие Наличие	2 -2
10	Соблюдение доступности получения услуг на посту, корректная маршрутизация пациентов	—	—	Отсутствие Наличие	2 -2	Отсутствие Наличие	2 -2
11	Отсутствие осложнений после выполненных процедур	—	—	—	—	Отсутствие Наличие	3 -3

Таблица 8.16 — Матрица расчета показателей оценки деятельности сотрудников отдела развития платных медицинских услуг ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах	Оцениваемые по показателю работники
1	Выполнение финансового плана по платным медицинским услугам курируемыми подразделениями	Ежемесячный отчет ОРПМУ о работе больницы, Ежемесячный отчет бухгалтерии	%	100% и более 90–99,9% 80–89,9% 70–79,9% 50–69,9% Менее 50%	10 0 -5 -10 -20 -30	НО, ЗНО, ЭО, АО*
2	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов, этики и деонтологии	Журнал учета обращений граждан, протоколы ВК	Шт.	Отсутствие Наличие	5 -5	НО, ЗНО, ЭО, АО
3	Письменные замечания от администрации больницы и контролирующих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации правил внутреннего трудового распорядка должностных обязанностей, пожарной безопасности, санитарно-противоэпидемического режима, прохождение периодических медицинских осмотров, проведение профилактических прививок	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий, замечания и др.	Шт.	Отсутствие Наличие	5 -10	НО, ЗНО, ЭО, АО
4	Доступность ПМУ, качества предоставления информации, исполнения трудовых обязанностей, соблюдения этики и деонтологии сотрудниками ОПРМУ	Обращения граждан и сотрудников ГКБ	Шт. (обоснованных обращений)	Отсутствие Наличие	5 -10	НО, ЗНО

№	Показатель	Источник информации	Ед. изм.	Выполнение показателя	Оценка в баллах	Оцениваемые по показателю работники
			й)			
5	Исполнение сроков сдачи отчетов, заявок, качество и достоверность предоставляемой информации	Приказы, акты, протоколы комиссий, замечания	Шт. (замечаний)	Отсутствие Наличие	10 0	НО, ЗНО, ЭО, АО
6	Контроль качества ведения договорной и финансовой документации	Договора ПМУ	Число дефектов	Отсутствие Наличие	5 –10	НО, ЗНО
7	Контроль качества оказания медицинской помощи (выполнения диагностических исследований) и ведения медицинской документации	Карты амбулаторного и стационарного больного, протоколы ВК и ВККиБМД, протоколы исследований, протоколы вскрытий, КАК и КИЛИ	Число дефектов	Отсутствие Наличие	5 0	НО
8	Контроль соблюдения сроков ожидания выполнения исследований для пациентов ПМУ	Карты амбулаторного и стационарного больного, журналы записи исследований	Часы	0–1 1–6 Более 6	5 2 0	НО, ЗНО
9	Контроль удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи для пациентов ПМУ	Анкетирование пациентов	% (охват анкетированием)	100% 70–99% 50–69% Менее 50%	5 3 1 0	НО, ЗНО
10	Удовлетворенность комфортом получения и качеством полученных платных услуг	Анкетирование пациентов	%	80–100% 50–79% Менее 50%	10 5 0	НО, ЗНО, ЭО, АО
11	Выступления и доклады на врачебных конференциях и КИПИ, проведение занятий и разбор сложных случаев врачами отделения	Журнал занятий, протоколы конференций и КИЛИ, презентации	Шт.	2 и более 1 0	5 2 0	НО

Примечание: НО — начальник отдела, ЗНО — заместитель начальника отдела, ЭО — экономист отдела, АО — администратор отдела

Приложение 9

Таблица 9.1 — Стимулирующие выплаты в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»: размер увеличения минимального должностного оклада в соответствии с ПКГ, % (заведующие отделением — врачи терапевты)

Квалификационный уровень	Наименование должности	Размер минимального должностного оклада	Размер увеличения минимального должностного оклада в соответствии с ПКГ, %			
			До 7 человек		Свыше 7 человек	
			%	Минимальный оклад с учетом увеличения по ПКГ, руб.	%	Минимальный оклад с учетом увеличения по ПКГ, руб.
4.1 мед.	Заведующий отделением, врач терапевт	40 000	7,3	42 920	16,9	46760

Таблица 9.2 — Стимулирующие выплаты как инструмент трудовой мотивации в ГБУЗ «ГКБ имени М.П. Кончаловского ДЗМ»: размер увеличения минимального должностного оклада в соответствии с ПКГ, % (штатные должности терапевтического отделения)

Квалификационный уровень	Наименование должности	Размер минимального должностного оклада	Размер увеличения минимального должностного оклада в соответствии с ПКГ, %	Размер минимального должностного оклада с учетом показателя увеличения минимального должностного оклада с ПКГ, руб.
3.3 мед.	Врач–терапевт–участковый	35 000	0,30%	35 105
2.3. мед.	Медицинская сестра участковая	20 000	22%	24 400

Таблица 9.3 — Стимулирующие выплаты в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»: размер увеличения минимального должностного оклада в соответствии с квалификационной категорией, % (заведующие отделением — врачи терапевты)

Квалификационны й уровень	Наимено- вание должности	Размер выплаты стимулирующего характера на квалификационную категорию, % от должностного оклада			Примечание
		2 квалификаци- онная категория	1 квалификацион ная категория	Высшая квалификацион ная категория	
Терапевтические отделение					
4.1 мед.	Заведую- щий отделением: врач– терапевт	5,00%	8,20%	17,20%	Оплата производится за фактически отработанное время

Таблица 9.4 — Стимулирующие выплаты как инструмент трудовой мотивации в ГБУЗ «ГКБ имени М.П. Кончаловского ДЗМ»: размер увеличения минимального должностного оклада в соответствии с квалификационной категорией, % (штатные должности терапевтического отделения)

Квалификацион- ный уровень	Наименова- ние должности	Размер выплаты стимулирующего характера на квалификационную категорию, % от должностного оклада			Примечан ие
		2 квалификацио нная категория	1 квалификационн ая категория	Высшая квалификационн ая категория	
Терапевтические отделение					
3.3. мед.	Врач– терапевт– участковый	8,60%	18,00%	27,80%	Оплата производит ся за фактически отработанн ое время
2.3. мед.	Медицинская сестра участковая	15,90%	27,50%	43,50%	