

К.В. Павлов

д-р экон. наук, профессор

Т.М. Пинкус

М.А. Степчук

С.В. Абрамова

Д.П. Боженко

г. Белгород

МОДЕЛИ МАТЕРИАЛЬНОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ ТРУДА

Уже более 20 лет в России идут реформы в здравоохранении, которые начались с введения нового хозяйственного механизма. К сожалению, одна из их основных целей — экономическая заинтересованность медицинских работников в результатах своего труда, до настоящего времени в полном объеме не реализована. А без решения этой проблемы даже при использовании целевого метода планирования и достаточного финансирования отрасли не возможно добиться целевых показателей.

По Кодексу законов о труде РФ существуют две системы оплаты труда: **повременная и сдельная**. Здравоохранение традиционно работало по **повременной** сис-

теме, которая имеет ряд существенных недостатков. Исходя из того, что система ОМС это рыночная система, а медицинская услуга в ней выступает как товар и имеет цену, то производитель медицинской услуги за этот товар должен получить определенные деньги. В Программу госгарантий включен объем медицинских услуг с гарантированной оплатой. Оплата этих услуг медицинскому учреждению осуществляется в системе ОМС за фактически выполненный объем работ (по законченному случаю лечения). Для страховщика такой способ оплаты наиболее экономичный и контролируемый. Но трудно совместить финансирование за объем

выполненных работ и **повременную оплату медицинским работникам по Единой тарифной сетке (ЕТС).**

Единая тарифная сетка по оплате труда работников бюджетной сферы начала применяться с 1992 года и объединила отраслевые системы оплаты труда в единую систему. ЕТС была введена в здравоохранении приказом Минздрава РФ № 337 с целью дифференцирования оплаты труда в зависимости от квалификации медицинского работника. Для того времени принятое решение **имело целый ряд положительных сторон.** Прежде всего, начал работать универсальный механизм дифференциации оплаты труда в зависимости от его сложности. Кроме того, применение ЕТС в условиях высокой инфляции позволяло согласованно повышать уровень оплаты труда для всех категорий работников бюджетной сферы в целях компенсации роста потребительских цен. При этом отраслевые особенности оплаты труда при использовании ЕТС учитывались в структуре заработной платы в виде надтарифных выплат: доплат, надбавок, повышений к тарифным ставкам ЕТС [10,11]. На первых порах оплата труда медицинских работников по ЕТС была хоть и небольшая, но действительно дифференцированная, что служило стимулом для лучшей работы, повышения квалификации (категории), повышения образования.

С 1993 года в дополнение к бюджетному финансированию в здравоохранении появился новый вид — финансирование за счет обязательного медицинского страхования. Кроме того, государственные и муниципальные учреждения здравоохранения получили право оказывать медицинскую помощь населению на платной основе. В результате, в этих учреждениях здравоохранения наряду с надтарифными выплатами, осуществляемыми в соответствии с действующими законодательными и нормативно-правовыми актами, появились параллельные системы оплаты труда за счет средств ОМС, предпринимательской и иной деятельности, приносящей доход [2,4].

В данной системе оплаты труда были и **недостатки.** В качестве одного из основных недостатков системы оплаты труда, основанной на ЕТС, был низкий размер оклада, соответствующего первому разряду тарифной сетки и в целом низкий уровень оплаты труда работников бюджетной сферы, в т. ч. медицинских работников. Действительно, размер заработной платы не только у младшего и среднего медицинского персонала, но даже и у врачей зачастую «не дотягивал» до прожиточного минимума для трудоспособного населения. Данная ситуация приводила к низкой конкурентоспособности заработной платы учреждений бюджетной сферы на рынке труда. В результате при найме персонала основным критерием становился не профессионализм медицинского работника, а его согласие на трудоустройство, учитывая низкий уровень материального вознаграждения за труд. Кроме того, надтарифные надбавки к заработной плате, изначально предназначенные для материального стимулирования, приходилось использовать не по прямому назначению (усиление мотивации к повышению качества медицинских услуг), а лишь как часть гарантированной заработной платы, выплачиваемой независимо от результатов работы. В итоге использование данной системы оплаты труда в качестве элемента управления качеством медицинской помощи становилось фактически невозможным [1].

Другим существенным недостатком системы оплаты труда, основанной на ЕТС, являлась ее неспособность быстро реагировать на высокие темпы инфляции, т. к. фактически единственно возможным вариантом индексации заработной платы становилось увеличение минимального размера оплаты труда, соответствующего тарифной ставке первого разряда ЕТС. В условиях недостаточного финансирования отрасли данное решение сталкивалось с недостатком средств на одновременное повышение заработной платы у всех работников бюджетных учреждений.

Изменение соотношения межразрядных коэффициентов тарифной сетки, сокращающее различия между ними, наряду с увеличением размера тарифной ставки первого разряда ЕТС оказывалось способным решить проблему нехватки финансовых средств только частично, т. к. данная мера все равно неминуемо приводила к дополнительным расходам на оплату труда. Кроме того, она способствовала усугублению и без того свойственного ЕТС уравнительного принципа. В дальнейшем, из года в год коэффициенты тарифной сетки пересматривались, якобы для увеличения оплаты низкооплачиваемым категориям. Оплата до 30 декабря 2006 г. Разряды оплаты труда 1 2 3 4 5 6 7 Тарифные коэффициенты 1,00 1.11 1.23 1.36 1.51 1.67 1.84 Тарифные ставки (оклады) 1100 1221 1353 1496 1661 1837 2024 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 2.02 2.22 2.44 2.68 2.89 3.12 3.36 3.62 3.9 4.2 4.5 2222 2442 2684 2948 3179 3432 3696 3982 4290 4620 4950

Коэффициенты низших разрядов росли, а средних и высоких разрядов снижались. То есть, зарплата врача неуклонно приближалась к зарплате санитаря.

Если говорить об увеличении средней зарплаты по отрасли здравоохранение, то это не показательно. К примеру, главному врачу областного медицинского учреждения повысили зарплату на 2 000 руб., врачу учреждения — на 200 рублей, а в среднем их зарплата увеличилась на 1 100 руб.

Размер заработной платы по этой тарифной сетке явно не стимулировал у медицинского работника желание работать лучше. Так, если оклад медицинской сестры отличался от оклада санитарки всего на 670 рублей, в этой связи никакого повышения качества от медицинской сестры получить не могли. При повременной системе оплаты труда медицинскому работнику в любом случае выплачивалась заработная плата, даже если медицинское учреждение не выполнило свое муниципальное (государственное) задание. В этом случае деньги приходилось изыскивать за счет экономии на других статьях расходов медицинского учреждения, в результате страдали интересы пациентов. По результатам контроля качества медицинской помощи страховщик накладывал на медицинское учреждение экономические санкции за дефекты оказания медицинских услуг. Несмотря на это, учреждение выплачивало всем медицинским работникам гарантированную заработную плату. В таком случае медицинские работники могли оказывать некачественную медицинскую помощь, а территориальный фонд медицинского страхования (ТФ ОМС) планировал и через страховую компанию перечислял медицинским учреждениям фонд оплаты труда в полном объеме. Этот принцип оплаты труда, применяемый в здравоохранении Российской Федерации и Белгородской области не стимулировал медицинских работников в выполнении запланированных объемов медицин-

ской помощи и тем более в повышении качества медицинской помощи. Врачи с одинаковым стажем и квалификацией, принимающие в поликлинике, один 35–45, другой — 15–18 пациентов, согласно ЕТС оба получали одинаковую зарплату. Так зачем напрягаться? Со временем они оба начинали принимать не более 10–15 больных в смену.

Увеличение оплаты труда бюджетных служащих происходило в основном одновременно, что также являлось проблемой. И дело здесь не только в изыскании необходимых средств. Крайне неблагоприятным являлся тот факт, что при этом происходило резкое повышение потребительского спроса с последующим одномоментным очень большим ростом инфляции [7]. Решить данную проблему можно в случае поэтапного (в течение нескольких лет), повышения заработной платы в различных отраслях бюджетной сферы. Это позволит избежать резкого увеличения потребительского спроса и тем самым значительно смягчить инфляционные процессы.

Одним из недостатков ЕТС в здравоохранении являлось нецелесообразность ее использования в связи с различными уровнями социально-экономического развития отдельных субъектов Федерации и среди районов конкретного региона Белгородская область. Это связано с тем, что средства, используемые на оплату труда в учреждениях здравоохранения области, формировались из различных источников. В областных учреждениях большую долю составлял региональный бюджет, в муниципальных — финансирование из бюджета муниципального района (городского округа). Кроме того, объем средств обязательного медицинского страхования, также напрямую зависел от уровня социально-экономического развития региона и его территорий (муниципальных образований).

С 1 января 2005 г. вступил в силу Федеральный закон №122-ФЗ от 22.08.2004 г., в соответствии с которым органам государственной власти субъектов Федерации и органам местного самоуправления было предоставлено право самостоятельно определять размеры и условия оплаты труда работников подведомственных государственных и муниципальных учреждений.

Таким образом, начиная с 2005 года, использование ЕТС осталось обязательным фактически только в отношении работников федеральных учреждений. Однако подавляющее большинство регионов РФ, в том числе Белгородская область, воспользовались данной возможностью лишь частично, сохранив ЕТС и внося изменения лишь в надтарифную часть региональных систем оплаты труда [12]. Применение поясных и районных коэффициентов в условиях значительных различий в социально-экономическом развитии ряда регионов, большое увеличение надтарифных выплат в регионах с высоким уровнем экономического развития способствовало отходу от основного, заложенного в основу ЕТС принципа — равной оплаты за равносложный труд. В сложившейся ситуации для повышения оплаты труда с использованием ЕТС необходимо было либо выровнять уровень социально-экономического развития регионов, что не представлялось возможным, либо создать дополнительно к ЕТС систему специальных доплат, позволяющей дифференцировать оплату труда с учетом региональных различий. Однако в последнем варианте система стала бы слишком громоздкой.

На наш взгляд, одним из серьезных недостатков системы оплаты труда, основанной на ЕТС, являлась жесткая

регламентация размеров окладов и большинства надтарифных выплат, которая не позволяет руководителю учреждения оперативно реагировать на изменения на рынке труда, а также использовать повышение уровня заработной платы в качестве инструмента для привлечения и удержания в учреждении наиболее востребованных специалистов.

Актуальной проблемой являлась реализация стимулирующей функции заработной платы. Так, в федеральных учреждениях на стимулирующие выплаты по решению руководителя предусматривается всего лишь до 10 % от фонда оплаты труда. В бюджетных учреждениях с этой целью использовались средства от экономии фонда оплаты труда и внебюджетные средства, но такая возможность была далеко не у всех учреждений [5,6,9].

Кроме стимулирования качества выполняемой работы, в задачи системы оплаты труда входит также формирование заинтересованности работников в профессиональном росте, а самое главное, в практическом применении имеющихся у него знаний и навыков (см. табл. 1). При использовании ЕТС размер заработка медицинских работников увеличивался по мере получения им квалификационной категории, ученой степени, по мере выработки стажа непрерывной работы в учреждениях здравоохранения. Однако эти доплаты были незначительны. Так, за 2-ю категорию врач получал надбавку $3\,417 - 3\,179 = 238$ руб., за 1 категорию — 477 руб.

Доплаты за ученую степень и почетное звание применяются при исчислении базовых ставок специалистов, имеющих ученую степень, а также лицам, которым присвоены почетные звания Российской Федерации или СССР, при условии их соответствия занимаемой должности. (см. табл. 2)

При наличии у работника двух почетных званий: «Народный врач», и «Заслуженный врач» — применяется коэффициент по одному из оснований.

Сложилось твердое убеждение у большинства специалистов, что не стоит стараться за эти «гроши» повышать квалификацию и защищать категории, диссертации. При этом имеющий документально подтвержденные заслуги работник может по-прежнему выполнять ту же самую работу, что и в начале своей профессиональной деятельности.

Происходящие реформы в здравоохранении и, прежде всего, переход на одноканальное финансирование, делают использование ЕТС еще более затруднительным. Эта система оплаты труда больше соответствовала бюджетному финансированию, чем использованию средств обязательного медицинского страхования, объем

Таблица 1

Доплаты за квалификацию

Надтарифные доплаты за квалификацию, в %	высшая категория	I категория	II категория
— для врачебного персонала	25,0	15,0	7,5
— для среднего медицинского персонала	32,0	20,0	9,3

Таблица 2

Доплаты за ученую степень и почетные звания

Надтарифные доплаты за ученую степень и почетное звание, в %	Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации	Кандидат медицинских наук	Заслуженный, народный врач	Доктор медицинских наук
	20,0	25,0	30,0	40,0

которых труднопрогнозируемы и зависят как от объемных и качественных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения, так и размера тарифов на оказание медицинской помощи.

Объем средств на оплату труда, заложенный в тарифе зависел не только от требований к квалификации специалистов, но и от трудоемкости оказываемой медицинской услуги. Соответственно, уровень заработной платы работника также зависел не только от повышения квалификации, но и участия работника в оказании более сложных услуг, оплачиваемых по более высокому тарифу. В данной ситуации система оплаты труда должна была обеспечить, прежде всего, мотивацию к выполнению более сложных и качественных медицинских услуг, чем оплату более высокой квалификации для конкретной медицинской услуги.

Вывод: использование системы оплаты труда, основанной на использовании ЕТС, в современных социально-экономических условиях имеет много проблем, особенно в сфере здравоохранения. Разработанная с учетом принципов бюджетного финансирования, она имеет слишком централизованный характер и не обладает достаточной гибкостью для использования в условиях рыночной экономики и обязательного медицинского страхования.

По нашему мнению и мнению большинства авторов, целесообразно сегодня использовать **отраслевые системы оплаты труда**, которые свободны от указанных выше недостатков. Они используются в нашей стране не впервые и накоплен значительный опыт применения еще в рамках государственной модели здравоохранения, насчитывающий не один десяток лет. Отраслевые системы оплаты труда обладали значительной гибкостью и являлись важным элементом управления персоналом в условиях плановой экономики, когда фактически имела место монополия государства в качестве работодателя [3].

В настоящее время осуществляется поэтапный переход учреждений здравоохранения на новые (отраслевые) системы оплаты труда (ОСОТ). 1 декабря 2008 г. на ОСОТ уже перешли федеральные бюджетные учреждения, переход областных и муниципальных учреждений здравоохранения в большинстве регионов запланирован на 2010–2011 гг.

Правительство Белгородской области своим постановлением от 30.11.2006 г. №251-пп утвердило Положение об отраслевой системе оплаты труда работников учреждений здравоохранения области. Было поручено Управлению здравоохранения области, ввести с 1 января 2007 года в действие данное Положение и осуществить перевод на отраслевую систему оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, в пределах соответствующих источников финансирования по отрасли здравоохранения на 2007 год. Также было рекомендовано главам местного самоуправления муниципальных районов и городского округа разработать аналогичные Положения и ввести в действие с 1 января 2007 года отраслевую систему оплаты труда работников муниципальных учреждений здравоохранения.

Положение предусматривало отраслевые принципы системы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств областного бюджета, средств обязательного медицинского страхо-

вания и иных доходов на основе базовой ставки в зависимости от должности, а также выплат компенсационного, стимулирующего характера и с применением повышающих коэффициентов.

Отраслевая система оплаты труда работников в учреждениях здравоохранения области устанавливалась коллективными договорами, соглашениями и нормативными правовыми актами Белгородской области.

В Положении предусмотрены единые принципы системы оплаты труда:

- обеспечение зависимости величины заработной платы от квалификации специалистов, сложности выполняемых работ, количества и качества затраченного труда без ограничения ее максимальными размерами;

- систематизация выплат за выполнение работы в особых условиях и условиях, отклоняющихся от нормальных, обеспечение единых подходов к их применению в учреждениях здравоохранения;

- использование различных видов поощрительных выплат за высокие результаты и качество выполнения работы, преимущественно за счет применения коэффициентов стимулирующего характера, устанавливаемых к базовым ставкам, а также дополнительные выплаты за конечные результаты работы;

- сохранение единого порядка аттестации и квалификационного категорирования работников, установленного для соответствующих профессионально-квалификационных групп;

- тарификация работ и работников с учетом применения Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (ЕКС). Оплата труда специалистов устанавливается по результатам тарификации;

- вновь устанавливаемые размеры и условия оплаты труда не могут быть ниже размеров и условий гарантированной оплаты труда, установленных по состоянию на 31 декабря 2006 года.

На основании 251-пп постановления правительства управления здравоохранения области приказом от 26.12.2006 г. № 821 утвердило Положение об отраслевой оплате труда работников учреждений здравоохранения Белгородской области, а приказом от 29.12.2006 г. № 838 — утвердило размер **базовой ставки** работников здравоохранения с 01.01.2007 г. (врача и провизора — 3 000 рублей, среднего медицинского работника и фармацевта — 2 100 рублей). Оклад руководителя учреждения и заместителей руководителя устанавливался исходя из средней заработной платы 1 работника по учреждению.

Отраслевая система оплаты труда предусматривает не только новый механизм оплаты труда персонала, с учетом сложности и качества выполняемых работ, но и систему оценки деятельности, как учреждения в целом, так и персонально медицинских работников на основе показателей результативности. Показатели результативности утверждены приказом управления здравоохранения от 19.01.2007 №36 «Об утверждении примерных критериев (индикаторов) качества медицинской помощи для работников стационара, амбулаторно-поликлинических и параклинических служб, скорой медицинской помощи».

Условия оплаты труда, установленные настоящим Положением, обязательны для применения в государственных учреждениях здравоохранения области и яв-

Таблица 4

Коэффициент ученой степени и почетного звания, Куч	Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации	Кандидат медицинских наук	Заслуженный, народный врач	Доктор медицинских наук
	0,2	0,25	0,3	0,4

ляются рекомендательными для работников учреждений муниципального подчинения.

Отраслевая система оплаты труда предполагает:

— базовую ставку руководителей, специалистов по состоянию на 31 декабря 2006 года;

— выплаты компенсационного характера;

— выплаты с применением повышающих коэффициентов;

— выплаты стимулирующего характера;

— выплаты из резервного фонда.

К выплатам компенсационного характера относятся выплаты с применением коэффициентов:

1. Коэффициент специфики (Ксп) — отражает опасные для здоровья и особо тяжелые условия труда, и устанавливаются для различных категорий работников в размере 0,15, 0,25, 0,3, 0,6 согласно Перечню учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на повышение базовых ставок в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда.

2. Коэффициент режима работы (Кр) — учитывает работу специалистов в ночное время, в выходные и праздничные дни. За работу в ночное время производится доплата в размере 0,5 часовой базовой ставки за каждый час работы в ночное время. Медицинскому персоналу, занятому оказанием экстренной, скорой и неотложной медицинской помощи, выездному персоналу и работникам связи станций (отделений) скорой медицинской помощи, доплата за работу в ночное время производится соответственно в размере 1,0 часовой базовой ставки. Перечень этих подразделений (должностей) утверждается руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом.

В выплатах с применением повышающих коэффициентов учитываются:

1. Коэффициент квалификации (Ккв) — применяется при исчислении к базовой ставке работников, которым присваивается квалификационная категория по итогам аттестации работников при условии их соответствия занимаемой должности (см. табл. 3).

2. Коэффициент уровня образования (Ко) среднего медицинского персонала применяется при исчислении к базовой ставке согласно занимаемой должности среднего медицинского персонала при наличии высшего профессионального образования в размере 0,1.

3. Коэффициент ученой степени и почетного звания (Куч) — применяется при исчислении базовых ставок специалистов, имеющих ученую степень, а также лицам, которым присвоены почетные звания Российской Федерации или СССР, при условии их соответствия занимаемой должности (см. табл. 4).

При наличии у работника двух почетных званий: «Народный врач», и «Заслуженный врач» — применяется коэффициент по одному из оснований.

4. Коэффициент управления (Ку) — для руководителей учреждений коэффициент управления устанавли-

вается вышестоящим органом управления и дифференцируется в размере от 1,5 до 3,0. Заместителям руководителя учреждения, главной медицинской сестре, акушерке, фельдшеру, главному бухгалтеру коэффициент управления устанавливается руководителем учреждения в размере от 1,2 до 2,5 в зависимости от установленных заданий в рамках их выполнения. Для руководителей структурных подразделений коэффициент управления устанавливается в размере от 0,2 до 0,5 к базовой ставке в зависимости от установленных заданий для каждого структурного подразделения. Коэффициент управления учитывается при исчислении коэффициентов специфики, квалификации, ученой степени и почетного звания. Коэффициент управления устанавливается 1 раз в квартал по результатам подведения итогов выполнения заданий.

5. Коэффициент дополнительных услуг (Кду) — учитывает выполнение дополнительных услуг, услуг сверх нормы, в пределах основного времени, работу по совместительству, рассчитывается к базовой ставке с учетом коэффициентов квалификации, ученой степени и почетного звания, образования, специфики, распределяется в пределах фонда оплаты труда. Врачам-руководителям учреждений и их заместителям-врачам разрешается вести в учреждениях, в штате которых они состоят, работу по специальности в пределах рабочего времени по основной должности в размере до 0,25 и вне рабочего времени до 0,5 базовой ставки врача соответствующей специальности с оплатой по коэффициенту дополнительных услуг

Коэффициенты стимулирующего характера

1. Коэффициент сложности (Ксл) — применяется при исчислении к базовой ставке в зависимости от интенсивности, продолжительности работы, трудоемкости и работы в условиях ненормированного рабочего дня в учреждениях, дифференцируется в пределах от 0,1 до 0,8 с учетом коэффициентов управления, специфики, квалификации, ученой степени и почетного звания.

Руководителю учреждения коэффициент сложности не устанавливается.

2. Коэффициент качества (Ккач) — применяется с учетом оценки критериев качества оказанных медицинских услуг, разработанных и утвержденных в учреждениях, рассчитывается к базовой ставке с учетом коэффициентов квалификации, специфики, ученой степени и почетного звания, образования и распределяется в зависимости от дохода, полученного учреждением.

Заработная плата медицинских работников предельными размерами не ограничивается.

Резервный фонд формируется в размере до 5 процентов от базового фонда учреждения и может быть использован на выплаты по результатам оценки деятельности каждого структурного подразделения и в целом учреждения за отчетный период.

Другие вопросы оплаты труда: оплата дежурств на дому, вызовов специалиста в учреждение, оказания экстренной медицинской помощи, дополнительных услуг в пределах нормы рабочего времени и за пределами

Таблица 3

Коэффициент квалификации Ккв	высшая категория	I категория	II категория
— для врачебного персонала	0,25	0,15	0,075
— для среднего медицинского персонала	0,32	0,2	0,093



нормы рабочего времени производится пропорционально выполняемому объему работ из расчета базовой ставки с учетом коэффициентов образования, квалификации, специфики, ученой степени и почетного звания.

Ночные часы, выходные и праздничные дни оплачиваются в соответствии с требованиями статьи 153 Трудового кодекса Российской Федерации за фактически отработанное время по часовой оплате труда из расчета базовой ставки с учетом коэффициентов специфики, квалификации, ученой степени и почетного звания.

В пределах фонда оплаты труда из фонда стимулирования могут производиться выплаты материального поощрения по результатам оценки деятельности каждого структурного подразделения и в целом учреждения за отчетный период. В пределах фонда оплаты труда учреждения специалистам могут производиться выплаты за количество проведенных операций по шести категориям сложности (0,01–0,2).

Оценка качества медицинской помощи. Отраслевая система оплаты направлена на обеспечение заинтересованности медицинских работников в конечных результатах труда. Порядок контроля качества медицинской помощи, ведомственный и вневедомственный, осуществляется в соответствии с действующим Положением о контроле качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Белгородской области. Перечень индикаторов качества медицинской помощи для учреждений системы обязательного медицинского страхования утверждается Положением о тарифном регулировании оплаты медицинской помощи. Показатели КМП по результатам плановой вневедомственной экспертизы оцениваются при проведении проверки учреждения. Кроме того, вневедомственной экспертизе КМП подлежат все случаи больничной летальности, смерти на дому лиц трудоспособного возраста, жалоб и обращений застрахованных граждан на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В результате реализации национального приоритетного проекта «Здоровье» на территории области заработная плата врачей первичного звена увеличилась и составила в среднем 20 019 руб., среднего медицинского персонала — 7 214 руб. Создано 211 наблюдательных Советов (при каждом ЛПУ) по вопросам обеспечения структурной эффективности медицинской помощи. На их заседании ежемесячно проводилась по базовым показателям, отражающим состояние здоровья населения и качество оказанной медицинской помощи, оценка деятельности врачей общей врачебной практики (ОВП) и участковой службы. По результатам оценки определялась оплата труда персонала ОВП и участковой службы с учетом выплат стимулирующего характера. В связи с реализацией пилотного проекта заработная плата медицинских работников увеличилась на 34,1 % и составила в среднем 7 691 руб., а медицинских работников стационаров — 8 385 руб.

В связи с инфляцией правительство Белгородской области постановлением от 02.03.2009 г. №69-пп утвердило **индексацию базовых окладов** работникам здравоохранения, в соответствии с которой базовый оклад врача составил 4 175 руб., среднего медицинского работника — 2 922 руб., младшего медицинского работника и рабочего — 1 870 руб. Рекомендовано довести: минимальный размер заработной платы до 4 330 руб.; среднюю заработную плату медицин-

ским работникам, не получающих доплат за счет федеральных средств, определенных в 2008 г. по пилотному проекту, врачу — до 10 444 руб., среднему медицинскому работнику — до 7 493 руб. (то есть ее сохранить, несмотря на прекращение реализации пилотного проекта).

Кроме того, ОСОТ определила новый порядок формирования должностных окладов руководителя, заместителей руководителя и руководителей структурных подразделений, отказавшись от зависимости оклада от количества коек и числа врачебных должностей, сделав упор на уровень медицинской помощи, ее качество и эффективность работы учреждения.

Такой порядок финансирования здравоохранения и оплаты труда медицинских работников должен обеспечить не содержание учреждений, а качественное лечение каждого конкретного пациента. Руководители и специалисты стали, заинтересованы в совершенствовании деятельности и оптимизации структуры своих учреждений, в том числе развитии амбулаторно-поликлинической службы — первичного звена в здравоохранении. Это одно из ключевых условий повышения эффективности системы здравоохранения в целом.

Важной особенностью проводимого реформирования является тот факт, что при использовании ОСОТ размер фактически всех компонентов заработной платы теперь определяется на внутриучрежденческом уровне. Данная ситуация обуславливает насущную потребность понимания оснований для перехода к ОСОТ, их принципов, положительных сторон и возможных недочетов руководителями учреждений здравоохранения, экономистами ЛПУ и самыми широкими кругами медицинских работников.

Отраслевая система оплаты труда, внедряемая в деятельность учреждений здравоохранения, должна основываться на следующих принципах:

1. соблюдение гарантированных государством прав на оплату труда;
2. обеспечение равной оплаты за равноценный труд;
3. способность гибко подстраиваться под особенности социально-экономической ситуации на региональном уровне;
4. способность оперативно реагировать на изменения на рынке труда;
5. реализация в полном объеме стимулирующей функции заработной платы;
6. формирование у медицинских работников мотивации к практической реализации имеющихся знаний и практических навыков;
7. расширение полномочий руководителей учреждений в сфере формирования заработной платы с целью учета индивидуального трудового вклада каждого работника. Руководитель должен быть наделен полномочиями, позволяющими ему оплачивать труд работника с учетом его рыночной стоимости.

Таким образом, в совершенствовании системы управления и модернизации здравоохранения региона одним из важнейших направлений принадлежит созданию таких условий, которые бы способствовали (мотивировали) повышение эффективности и качества труда медицинских работников, возможности его реальной и объективной оценки. Главным критерием оценки труда медицинского работника должно стать как состояние здоровья пациента после проведения соответствующих медицинских мероп-

приятий, так и эффективность профилактических мероприятий, что ведёт к уменьшению объёмов медицинской помощи, улучшению здоровья населения и продлению его активной жизни. От этого пропорционально должна расти заработная плата медицинских работников.

С целью достижения указанных задач в области с 2010 года внедрена система экономического стимулирования медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена за достигнутые результаты по реализации территориальной программы ОМС. В 2011 и 2012 годах планируется продолжить работу по совершенствованию принятых способов оплаты медицинской помощи и оплаты труда медицинских работников.

Литература

1. Вардосанидзе С. Л. Мотивация медицинского персонала при антикризисном управлении лечебно-профилактическим учреждением / Вардосанидзе С. Л., Шикина И. Б., Михайловский А. М., Сорокина Н. В. // Проблемы управления здравоохранением. — 2005. — № 4. — С. 49–54.
2. Гайдаров Г. М. Дифференцированная оплата труда медицинских работников стационаров в зависимости от объема и качества работы / Г. М. Гайдаров, С. Н. Смирнов, И. С. Кицул и др. — Иркутск, 1999. — 104 с.
3. Гулиева С. Ю. Отраслевая система оплаты труда / Гулиева С. Ю. // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 8. — С. 14–19.
4. Кадыров Ф. Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении / Ф. Н. Кадыров. — М., 1998. — 336 с.
5. Кирибасова Н. П. О совершенствовании системы материального стимулирования труда работников медицинских учреждений / Кирибасова Н. П. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 4. — С. 46–48.
6. Могильницкая Т. Л. Стимулирующие формы оплаты труда медицинских работников / Могильницкая Т. Л. // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 5. — С. 5–7.
7. Пепеляева Л. В. Финансирование системы здравоохранения: проблемы и перспективы / Пепеляева Л. В. // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 10. — С. 5–9.
8. Постановление Правительства РФ №583 от 05.08.2008 г. «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата которых, в настоящее время, осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений» // Собрание законодательства РФ. — 2008. — № 33. — Ст. 3852.
9. Полежаев К. Л. Формы стимулирования труда персонала медицинского учреждения / Полежаев К. Л., Равдугина Т. Г., Красноусова С. И. и др. // Здравоохранение. — 2007. — № 2. — С. 29–38.
10. Сыстеровва А. А. О надбавках к зарплате / Сыстеровва А. А. // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 8. — С. 14–19.
11. Филатов В. И. Доплаты и надбавки к должностным окладам работников учреждений здравоохранения / Филатов В. И., Гаврилов В. А. // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 9. — С. 32–35.
12. Щербук Ю. А. Новая система оплаты труда работников здравоохранения в Санкт-Петербурге / Щербук Ю. А., Кадыров Ф. Н. // Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 7. — С. 4–6.