



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Документ исследования политики № 74

Оценка существующего механизма распределения дополнительной заработной платы в организациях здравоохранения КР

ГУЛЬГУН МУРЗАЛИЕВА¹
ЭЛЬМИРА ТУЯКОВА²
ЖУМАБЕК МАЛАБЕКОВ³
ГУЛЬСАНА ШЫЙКЫНБАЕВА²

Бишкек
2010

¹ Консультант-аналитик, «Центр анализа политики здравоохранения», Бишкек, Кыргызстан;

² Специалист по финансам, Ассоциация Больниц Кыргызстана;

³ Консультант по человеческим ресурсам здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности.....	3
Список сокращений.....	4
1. Введение.....	5
2. Вопросы для исследования.....	6
3. Методология.....	6
4. Обзор нормативных правовых документов по оплате труда работников организаций здравоохранения КР.....	7
5. Результаты исследования.....	10
5.1. Структура ФОТ в исследованных ОЗ.....	10
5.2. Факторы, влияющие на объемы фонда ДЗП в ОЗ.....	11
5.3. Факторы, влияющие на распределение и уровень начислений по КТУ.....	16
5.4. Мнение персонала о путях повышения стимулирования труда работников здравоохранения.....	18
6. Заключение и рекомендации.....	19
Приложения.....	22

Выражение благодарности

Исследовательская группа в составе специалистов «Центра анализа политики здравоохранения», Ассоциации Больниц Кыргызстан и Консультанта по ЧР выражает признательность руководителям и сотрудникам организаций здравоохранения г.Бишкек, Чуйской, Иссык-Кульской и Таласской областей, принимавших активное участие в данном исследовании, за содействие и неоценимый вклад при сборе информации.

Список сокращений

ГЗП	-	Гарантированная заработная плата
ГСВ	-	Группа семейных врачей
ДЗП	-	Дополнительная заработная плата
ЕТС	-	Единая тарифная сетка
ЗП	-	Заработная плата
ИВ	-	Индивидуальные выплаты
КТУ	-	Коэффициент трудового участия
ОЗ	-	Организация здравоохранения
ТБ	-	Территориальная больница
ФОМС	-	Фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ	-	Фонд оплаты труда
ЦСМ	-	Центр семейной медицины

1. ВВЕДЕНИЕ

Ранее проведенные исследования по изучению причин оттока врачей из системы здравоохранения Кыргызстана⁴ и оценке программы «Депозит врача»⁵ показали, что среди перечня материальных и нематериальных стимулов решающее влияние на удовлетворенность медицинского персонала и их планы относительно дальнейшей карьеры оказывает, прежде всего, уровень заработной платы.

В последние годы средний уровень заработной платы медицинских работников удалось увеличить в несколько раз. Однако он, по-прежнему, остается чуть ниже прожиточного минимума, который в 2009 г. по данным Национального статистического комитета составил 3263,22 сома или примерно 70\$US. В 2009 году средняя заработная плата врачей составила 53,4%, а медсестер - 41,8% от среднемесячной номинальной заработной платы по республике.

Повышение оплаты труда отчасти стало возможным за счет появления в ходе реформирования системы здравоохранения новых источников финансирования – средств ОМС и сооплаты, а также некоторого увеличения доли специальных средств в бюджете организаций здравоохранения (ОЗ). Согласно утвержденным нормативным документам часть финансовых средств из указанных выше трех источников направляется на дополнительные выплаты медицинским работникам. При этом сформировавшийся фонд дополнительной заработной платы (ДЗП) начисляется в соответствии с коэффициентом трудового участия (КТУ) каждого подразделения и отдельного работника ОЗ. Данный механизм был внедрен с 2002 года и был призван оказывать стимулирующее влияние на работающий персонал.

В рамках различных исследований ЦАПЗ, относящихся к вопросам кадровых ресурсов или систем вознаграждения, медицинскими работниками неоднократно отмечалось, что существующая система начисления заработной платы в организациях здравоохранения недостаточно понятна и не всегда отражает вклад конкретного работника.

Принимая во внимание актуальность вопросов, связанных с совершенствованием оплаты труда, данное исследование было инициировано Министерством здравоохранения КР с целью проведения оценки существующего механизма по распределению дополнительной заработной платы в организациях здравоохранения КР.

Следует отметить, что в конце декабря 2009 г. – начале 2010 г по Распоряжению Правительства КР была образована и работала межведомственная комиссия, основной задачей которой был пересмотр оплаты труда из средств бюджета. Рассмотрение оплаты труда из дополнительных источников финансирования, имеющих в системе здравоохранения КР, в задачи межведомственной комиссии не входило.

Настоящий документ имеет следующую структуру: в Разделе 2 представлены основные исследовательские вопросы, на которых сфокусирован документ; Раздел 3 посвящен описанию выборки и методов сбора данных; Раздел 4 содержит краткое описание формирования и распределения фонда оплаты труда в ОЗ согласно действующим нормативным документам; результаты исследования представлены в Разделе 5, а заключение с рекомендациями – в Разделе 6.

⁴ Документ исследования политики № 51, «Изучение причин оттока врачей из системы здравоохранения Кыргызстана», Отдел анализа политики здравоохранения ЦРЗ, Май, 2008 г.

⁵ Документ исследования политики № 52, «Оценка программы «Депозит врача», Отдел анализа политики здравоохранения ЦРЗ, Май, 2008 г.

2. Вопросы для исследования

Для достижения целей данного исследования были поставлены следующие вопросы:

- Существуют ли различия в формировании и распределении фонда дополнительной заработной платы в организациях здравоохранения? Чем они обусловлены?
- Отражает ли уровень начислений по КТУ интенсивность и качество фактической рабочей нагрузки медицинского персонала?
- Какие меры необходимо предпринять для повышения стимулирования труда работников здравоохранения?

3. Методология исследования

Выборка

Для проведения исследования были отобраны 20 ОЗ первичного (ЦСМ) и вторичного (ТБ) уровня в трех областях республики:

- г. Бишкек (ЦСМ №1 и Городская клиническая больница №1);
- Чуйская (Сокулукский, Иссык-Атинский и Кеминский районы);
- Иссык-Кульская (Тюпский, Ак-Суйский и Джеты-Огузский районы); и
- Таласская (Таласский, Бакай-Атинский и Кара-Бууринский районы).

При отборе ОЗ учитывались такие критерии, как территориальное расположение к областным центрам, общая численность населения района, развитость инфраструктуры, уровень посещений/госпитализаций и укомплектованность кадрами.

Процесс по сбору данных

Предварительно был проведен обзор действующей нормативно-правой документации, регулирующей вопросы начисления ЗП (Приложение 1).

На уровне ОЗ сбор данных осуществлялся в соответствии с определенным алгоритмом, включавшим:

(i) заполнение специально разработанных анкет по бюджету организаций, штатному расписанию и начислению ЗП за 2009 год (6 анкет для ЦСМ и 5 анкет для ТБ). Учитывая, что годовые показатели по фактическому исполнению бюджета организаций здравоохранения обычно не отражают изменения ситуации в течение года, было принято решение дополнительно проводить сбор показателей за один месяц каждого квартала (январь, апрель, июль и ноябрь);

(ii) изучение трудовых паспортов сотрудников и протоколов заседаний экспертных комиссий по начислению КТУ;

(iii) проведение полу-структурированных интервью с руководством организаций - директора ЦСМ и ТБ, главные бухгалтера, специалисты кадровой службы и медико-информационных отделов. Во время интервью руководства ОЗ был сделан акцент на особенностях формирования фонда дополнительной заработной платы (ДЗП) в каждой ОЗ, процедуры начисления КТУ, взаимосвязь начисленного КТУ с фактической нагрузкой персонала, влияние КТУ на мотивацию персонала, также обсуждались вопросы по изысканию дополнительных возможностей для стимулирования персонала, в том числе при участии местных органов власти; и

(iv) проведение интервью с врачебным и медсестринским персоналом ОЗ. В задачи интервью и фокус-групп с медицинским персоналом входило получение мнения относительно механизма начисления КТУ (справедливость, прозрачность и т.д.), соответствие начислений по КТУ выполняемой нагрузке, влияние на мотивацию, совершенствования методов стимулирования персонала.

4. Обзор нормативной правовой документации по оплате труда работников организаций здравоохранения КР

Основные нормативные правовые документы, регламентирующие вопросы оплаты труда работников здравоохранения КР, отражены в Приложении 1.

4.1. Основные составляющие заработной платы работников ОЗ

Согласно указанным документам, **размер заработной платы** конкретного работника определяется как сумма гарантированной заработной платы (ГЗП), различных индивидуальных выплат (ИВ) в пользу работника и дополнительной заработной платы (ДЗП):

$$\text{ЗП} = \text{ГЗП} + \text{ИВ} + \text{ДЗП}$$

При этом **гарантированная заработная плата** включает:

- должностной оклад по Единой тарифной сетке;
- надбавки к должностному окладу за продолжительность непрерывной работы;
- повышение должностных окладов в связи:
 - с наличием ученой степени;
 - с наличием почетного звания;
 - с наличием квалификационной категории для руководителей организаций здравоохранения и их заместителей;
 - с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда;
 - за руководство структурным подразделением;
 - для работников организаций здравоохранения, занятых в сельской местности.

В понятие «**индивидуальные выплаты**» входят начисления за:

- работу в ночное время и праздничные дни;
- совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания или увеличение объема выполняемых работ;
- отпускной период;
- больничные листы;
- единовременные пособия (сокращение, увольнение)
- и др.

Третьей составляющей при формировании заработной платы является **дополнительная заработная плата**. Для лучшего понимания, каким именно образом определяется размер ДЗП для каждого отдельного работника, необходимо рассмотреть (i) общие принципы формирования и распределения ФОТ в организациях здравоохранения; и (ii) механизм распределения фонда ДПЗ.

4.2. Общие принципы формирования и распределения ФОТ в организациях здравоохранения

Общий (консолидированный) бюджет и, соответственно ФОТ, организаций здравоохранения формируется из четырех источников:

- средств государственного бюджета, начисляемого согласно утвержденной смете расходов ОЗ по статьям расходов бюджетной классификации «Заработная плата» и «Отчисления в Социальный фонд»;
- средств обязательного медицинского страхования – определяются ФОМС как процент от средств, выделяемых по подушевому нормативу (35% - на уровне ПМСП) или за пролеченные случаи (25% - на уровне стационаров);
- специальных средств – объем средств на заработную плату определяется решением руководителя ОЗ;
- средств сооплаты – в размере, определяемом МЗ КР (20% от общей суммы поступлений).

Из консолидированного фонда оплаты труда производятся выплаты гарантированной и дополнительной заработной платы работникам и другие выплаты, установленные законодательством Кыргызской Республики и в соответствии с «Условиями оплаты труда работников организаций здравоохранения Кыргызской Республики», утвержденными постановлением Правительства Кыргызской Республики № 411 от 6 июня 2006 года. При этом не менее 85 % от общего фонда оплаты труда направляется на содержание медицинского персонала и не более 15% - на содержание административно-управленческого и хозяйственно-обслуживающего персонала. Порядок формирования и выплат из консолидированного ФОТ представлен ниже на рисунке 1.

Рис.1. Порядок формирования и выплат из консолидированного ФОТ в ОЗ



Таким образом, **объем средств для дополнительной заработной платы (ДЗП)** определяется путем исключения из консолидированного ФОТ суммы гарантированной заработной платы, индивидуальных выплат, выплат внештатным сотрудникам, перерасчетов за предыдущие месяцы и штрафных санкций ФОМС.

4.3. Механизм распределения фонда ДЗП

Размер дополнительной заработной платы определяется путем умножения размера гарантированной заработной платы (ГЗП) работников на коэффициент дополнительной заработной платы (КДЗ) и коэффициент трудового участия (КТУ):

ДЗП = ГЗП x КДЗ x КТУ, где:

Коэффициент дополнительной заработной платы (КДЗ), в свою очередь, рассчитывается следующим образом:

$$\text{КДЗ} = \frac{\text{ФДЗП} \times \text{КПОПР}}{\text{ФГЗП}}, \text{ где:}$$

ФДЗП – фонд дополнительной заработной платы

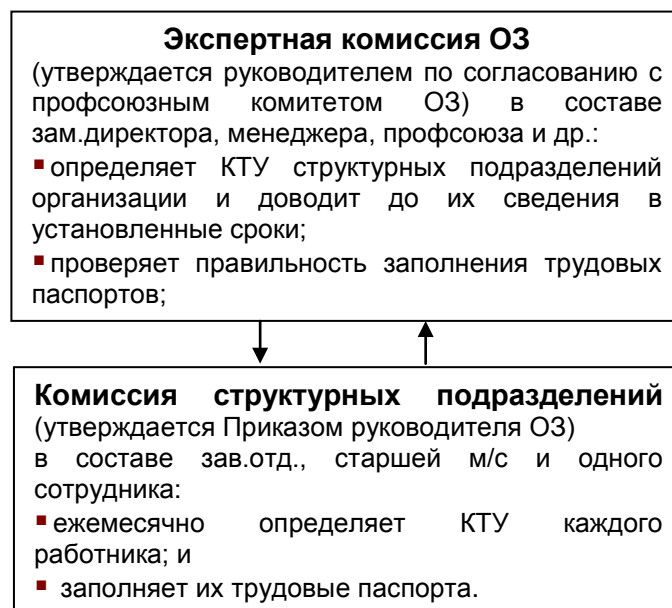
ФГЗП – фонд гарантированной заработной платы

КПОПР – поправочный коэффициент (устанавливается организацией здравоохранения в зависимости от объема фонда оплаты труда, но не должен превышать 1).

КДЗ рассчитывается отдельно для медицинского персонала и административно-управленческого, хозяйственно-обслуживающего персонала.

Коэффициенты трудового участия (КТУ) подразделений ОЗ и работников определяются ежемесячно экспертной комиссией ОЗ и комиссией структурных подразделений на основании трудовых паспортов, которые заполняются как для подразделения в целом (см. Приложение 2), так и на каждого отдельного работника (Приложения 3 и 4). Для обеспечения объективности процедуры определения КТУ установлен следующий порядок (рис.2).

Рис.2. Порядок определения КТУ



Как видно из приведенных примеров (Приложение 2,3,4), при начислении КТУ учитываются выполнение нормы нагрузки работающего персонала и различные повышающие или понижающие критерии. Следует также отметить наличие ряда общих важных правил при начислении дополнительной заработной платы в ОЗ, например, таких как:

- Размер ДЗП работников административно-управленческого и хозяйственно-обслуживающего персонала определяется руководителем организации;
- Норма нагрузки каждого работника утверждается руководителем организации с учетом нормативов, утверждаемых МЗ КР и конкретных условий работы (Приложение 1, Приказ МЗ КР № 364 от 03.07.2006);
- КТУ начисляется как по основной, так и по совмещаемой должности;
- Расчет КТУ для (i) заведующих отделениями, старших, дневных процедурных, перевязочных медицинских сестер нормы нагрузки и фактическое их выполнение определяется по сумме пролеченных случаев, посещений. Исследований всех врачей отделения; (ii) для работников отделений реанимации и анестезиологии, операционного блока. Приемного блока, стерилизационного отделения, врачей-дежурентов и т.д размеры КТУ определяются без учета нормы нагрузки;
- Комиссия структурного подразделения вправе лишить работника дополнительной заработной платы.

5. Результаты исследования

5.1. Структура ФОТ в исследованных ОЗ

Изучение фактических затрат за 2009 год в отобранных организациях здравоохранения показало, что в среднем доля ФОТ в их общем консолидированном бюджете на уровне первичной медико-санитарной помощи (ЦСМ) составляет 77,7% (показатели варьируют от 63,1 до 88,1%), аналогичные данные на стационарном уровне (ТБ) составили 62,7% (вариации от 55,2 до 75,3 %).

Среди источников формирования ФОТ:

- как на уровне ЦСМ, так и на уровне ТБ преобладают бюджетные средства (рис.3 и 4), при этом показатели чуть выше на уровне стационаров – в среднем 89,6% (вариации от 82,0 до 95,2%) по сравнению с ЦСМ – в среднем 85,1% (вариации от 80,8 до 90,5%);
- следующий по значимости источник это средства ОМС: на уровне ЦСМ на их долю в структуре ФОТ 2009 года пришлось 14,1% (вариации от 7,7 до 19%), на уровне стационаров средний показатель составил 8,3% (вариации от 4,2 до 17,3%);
- меньшее значение имеют специальные средства и средства сооплаты. Однако следует отметить, что доля сооплаты на уровне стационаров выше (2%), чем в ЦСМ (0,2%). Что касается специальных средств, то на уровне ЦСМ их доля, наоборот, немного выше (0,6%) по сравнению со стационарами (0,1%).

Рис.3. Структура ФОТ ЦСМ, 2009г., в %, n-10

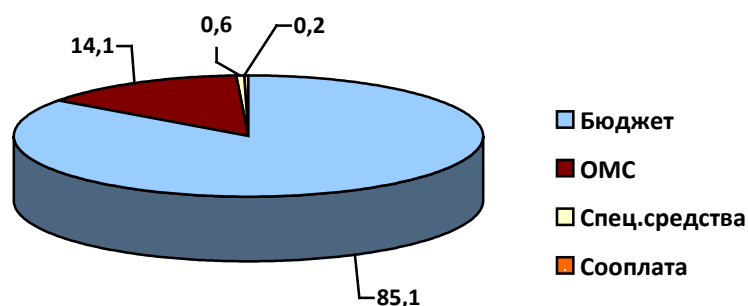
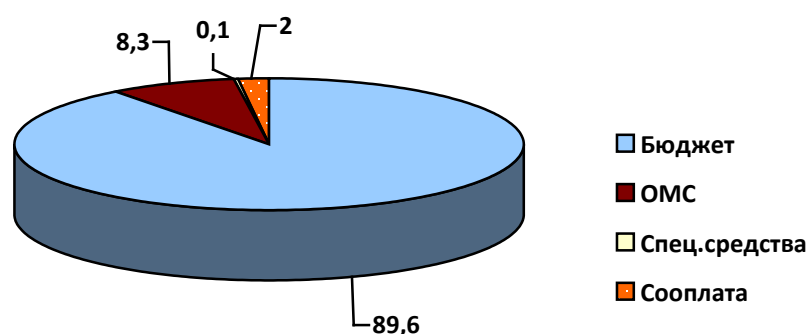


Рис.4. Структура ФОТ ТБ, 2009г., в %, n-10



Также была изучена структура заработной платы различных категорий работающего персонала. Данные в процентах по изученным ЦСМ и ТБ приведены в таблице 1.

Таблица 1. Структура ЗП по категориям персонала в ЦСМ и ТБ, 2009 г, в %

№	Категории персонала	ЗП			
		Должностной оклад	Надбавки + Индивидуальные выплаты	ДЗП	Total %
ЦСМ, n – 10					
1	Врачи	53	28	19	100
2	Средний мед. персонал	52	29	19	100
3	Младший мед. персонал	60	27	13	100
4	Прочие	52	32	16	100
ТБ, n – 10					
1	Врачи	52	20	28	100
2	Средний мед. персонал	63	19	18	100
3	Младший мед. персонал	64	16	20	100
4	Прочие	93	2	5	100

Как видно из данных таблицы 1, на уровне ЦСМ фонд ДЗП распределяется среди всех категорий персонала более равномерно по сравнению со стационарами. Однако необходимо отметить, что приведенные данные являются усредненными среди 10 ЦСМ и 10 ТБ, и если рассматривать каждое ОЗ в отдельности, то процент дополнительной части ЗП от общего ФОТ имеет довольно широкие вариации как на первичном, так и вторичном уровнях.

5.2. Факторы, влияющие на объемы фонда ДЗП в ОЗ

Сбор данных по исполнению бюджета и фактическим затратам в отобранных ЦСМ и ТБ показал, что объемы консолидированного ФОТ, в том числе и фонда ДЗП, значительно варьируют среди ОЗ, а также в одной и той же организации в течение календарного года. Выборочные данные за 4 месяца (январь, апрель, июль, ноябрь) представлены на рис. 5 и 6. Часть исследованных ОЗ имеет меньший объем фонда ДЗП в начале и середине года и значительно больший – в конце года. Так, фонд ДЗП в январе 2009 года варьировали по организациям от 25,6 тыс. сом до 295,3 тыс. сом и в ноябре с 37,2 тыс. сом до 360,8 тыс. сом.

Рис.5. Объемы средств, выделенные на ДЗП в исследуемых ЦСМ, данные за 4 месяца 2009 г., в тыс.сом

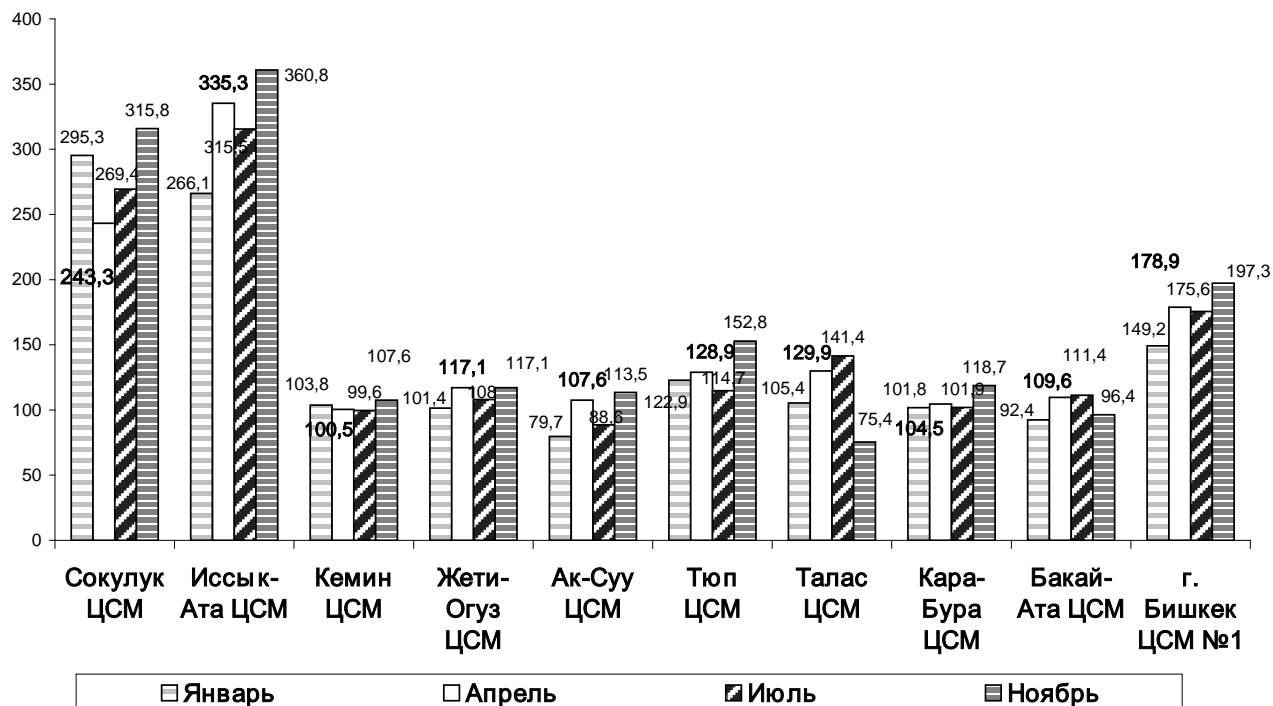
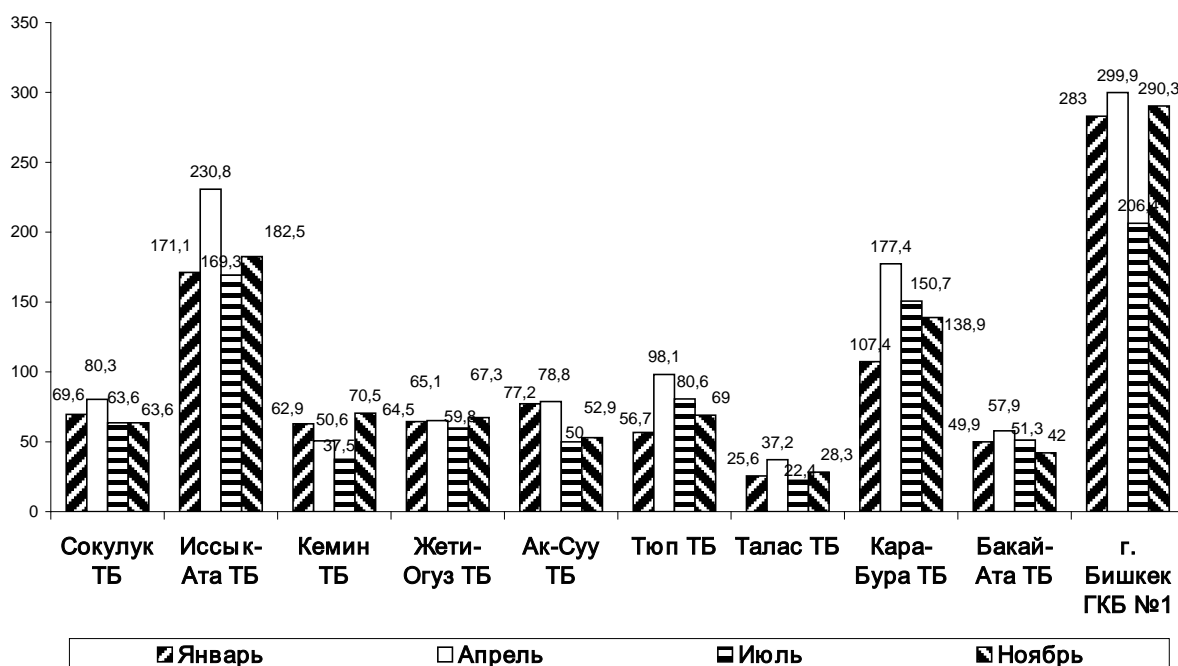


Рис.6. Объемы средств, выделенных на ДЗП в исследуемых ТБ, данные за 4 месяца 2009 г., в тыс.сом



Детальный анализ данных по ЦСМ и ТБ показал, что изменения размера фонда ДЗП зависят от следующих факторов:

- **Утвержденного штатного расписания.** Поскольку объем поступлений на заработную плату из средств государственного бюджета зависит от утвержденного штатного расписания, отдельные руководители и финансовые работники отметили, что при наличии потребности можно и нужно обосновывать выделение дополнительных ставок, что дает больше возможностей при распределении оплаты труда. Однако, наличие такой потребности скорее возникает в городских ОЗ или крупных областных/районных организациях, где высок уровень посещений и госпитализаций. Для ОЗ в отдаленных сельских регионах более характерна другая проблема – низкая укомплектованность имеющихся штатов.
- **Объема средств, выделяемых ОЗ из государственного бюджета в течение года (исполнение бюджета),** так как даже при условии недостаточного финансирования выплата ГЗП производится в обязательном порядке, но уже с привлечением средств из других источников (ОМС, сооплата и специальные средства), соответственно объем фонда ДЗП уменьшается. Ниже приводятся примеры, когда средства, выделенные из государственного бюджета, не покрывали фактически начисленные выплаты (табл. 2). Так, в январе на гарантированные выплаты, установленные законодательством Кыргызской Республики, использовались средства из дополнительных источников в 4х ОЗ из 15, а в ноябре в 8-ми ОЗ из 15.

Таблица 2. Финансирование ГЗП из средств государственного бюджета за январь и ноябрь 2009 г., в тыс. сом

№	Район	Гарантированная заработная плата					
		Январь			Ноябрь		
		Профинансировано	Фактически начислено	Баланс	Профинансировано	Фактически начислено	Баланс
ЦСМ, п – 8							
1	Сокулук	1325,3	1314,8	10,5	1325,3	1370,9	- 45,6
2	Иссык-Ата	1500	1588,6	- 88,6	1365,4	1459,5	- 94,1
3	Жети-Огуз	453	423,1	29,9	531	425,9	105,1
4	Ак-Суу	583,9	570,8	13,1	535,8	593,3	- 57,5
5	Тюп	477,5	512,4	- 34,9	515,4	531,4	- 16,0
6	Талас	374,3	331,5	42,8	347,9	331,6	16,3
7	Кара-Бура	642,8	642,3	0,5	642,8	760,3	- 117,5
8	Бакай-Ата	330	319,7	10,3	345	330	15
ТБ, п – 7							
1	Сокулук	924,3	784,6	139,7	900	787,3	112,7
2	Иссык-Ата	1232,3	1232,3	0	1306,1	1367,4	- 61,3
3	Ак-Суу	693,4	628,6	64,8	712,1	652,1	60
4	Тюп	496	476,4	19,6	518,4	447,1	71,3
5	Талас	253,5	272,4	- 18,9	277,4	285,2	- 7,8
6	Кара-Бура	658,8	612,9	45,9	830,1	726,5	103,6
7	Бакай-Ата	408,4	426,8	- 18,4	408,3	460,12	- 51,82

В то же время экономия из средств бюджета, согласно распоряжению ФОМС, не подлежит к распределению в качестве ДЗП. Это вызывало целый ряд вопросов со стороны отдельных руководителей и финансовых специалистов ОЗ («...Зачем делали

консолидированный бюджет, если нельзя перераспределять средства...»), поскольку до 2006 года экономия по бюджетной части консолидированного ФОТ могла быть распределена на ДЗП.

- **Количества персонала, находящегося в трудовых отпусках, отпусках в связи с временной нетрудоспособностью и т.д.,** так как в этих случаях доля индивидуальных выплат может значительно увеличиваться и обуславливать сокращение фонда ДЗП. Данные на примере одной из ОЗ приведены ниже (табл. 3).

Таблица 3. Изменение объема фонда ДЗП за счет увеличения индивидуальных выплат в ОЗ, январь и февраль 2009 года, в тыс. сом

№		2009 год	
		Январь	Февраль
1	Начисление заработной платы по бюджету	1314,7	1370,9
2	Гарантированная зарплата	945,6	938,7
3	Надбавки, установленные законодательством Кыргызской Республики	369,1	432,2
	Отпускные	59,2	61,1
	Больничный лист	5,1	31,7
	Кoeffициент 1,7	138,5	140,5
	Выходные, праздничные	12,6	11,2
	Выслуга лет	115,2	118,7
	Прочие	38,5	69
4	Профинансировано ФОТ по бюджету	1325,3	1325,3
5	Профинансировано ФОТ по ОМС	295,3	243,4
6	Дополнительная заработная плата (4+5-2-3)	305,9	197,8
7	Изменение объема средств на ДЗП за счет покрытия выплат за гарантированные надбавки (6-5)	10,6	- 45,6

Кроме того, здесь необходимо отметить, что в ОЗ могут наблюдаться случаи, когда персонал, в особенности медсестринский, оформляет больничные листы не только при наличии заболеваний, но и при появлении краткосрочных/сезонных возможностей заработать где-то дополнительно. Во всех случаях предоставления больничного листа ОЗ оплачивает не только больничный, но и оформляет совместителей для выполнения объема нагрузки отсутствующего работника.

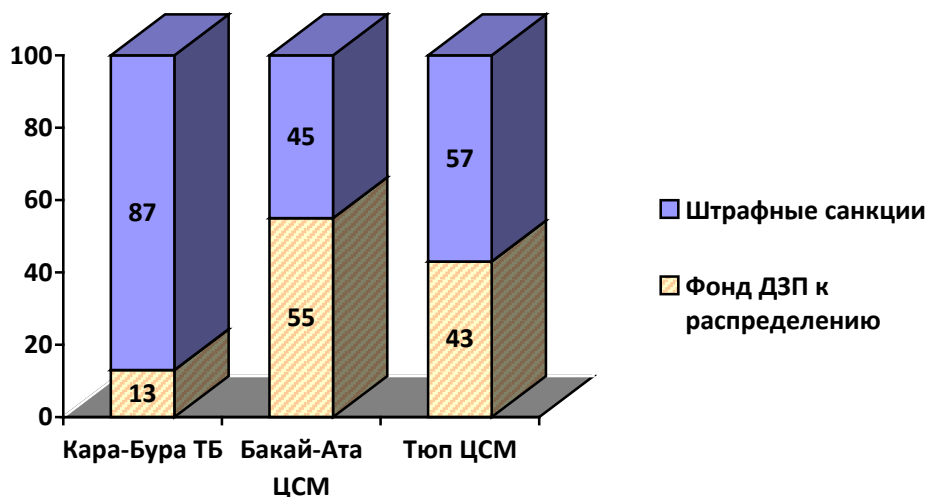
- **Объема поступлений финансовых средств от ОМС, сооплаты и платных услуг (специальные средства).** Из данных таблицы 4 видно, что на уровне ПМСП преобладающими являются средства ОМС, а на уровне стационарной службы значительно возрастает доля сооплаты. В целом в ОЗ первичного уровня объем фонда ДЗП преимущественно зависит от количества застрахованного населения за предоставленные медицинские и платные услуги, а в стационарах - от количества и состава пролеченных больных, суммы сооплаты, внесенной за госпитализацию и за оказанные платные услуги. Специальные средства играют очень ограниченную роль, особенно в регионах.

Таблица 4. Объем средств из дополнительных источников финансирования, январь и ноябрь 2009 года, в %

№	Район	Январь			Ноябрь		
		ОМС	Сооплата	Спец. средства	ОМС	Сооплата	Спец. средства
ЦСМ, n – 8							
1	Сокулук	100	0	0	100	0	0
2	Иссык-Ата	94	1	5	95	1	4
3	Жети-Огуз	94	1	5	90	1	9
4	Ак-Суу	98	1	1	98	1	1
5	Тюп	100	0	0	100	0	0
6	Талас	100	0	0	100	0	0
7	Кара-Бура	100	0	0	98	2	0
8	Бакай-Ата	100	0	0	100	0	0
ТБ, n – 7							
1	Сокулук	67	33	0	61	39	0
2	Иссык-Ата	75	25	0	77	23	0
3	Ак-Суу	52	48	0	58	42	0
4	Тюп	78	22	0	81	19	0
5	Талас	88	12	0	87	13	0
6	Кара-Бура	77	23	0	56	44	0
7	Бакай-Ата	100	0	0	0	0	0

- **Наличия штрафных санкций со стороны ФОМС.** Влияние данного фактора на фонд ДЗП существенно возросло в 2010 году в связи с введением нового «Положения о применении финансовых санкций к поставщикам медицинских услуг, работающим по договорам с территориальными управлениями Фонда ОМС», утвержденного Приказом ФОМС (Приложение 1, №10). При этом некоторые пункты Положения, по мнению большинства руководителей ОЗ, были неоправданными. В результате многократных обращений к руководству ФОМС данное Положение было трижды пересмотрено в течение 6 месяцев (версии от 11 января, 6 апреля и 16 июня 2010 г.). По мнению респондентов, деятельность ФОМС приобрела преимущественно карательный характер, а размер штрафных санкций увеличился многократно. Данные на примере нескольких организаций приведены на рис.7.

Рис.7. Доля штрафных санкций в общем объеме средств на ДЗП на примере трех ОЗ, 2010 г., в %



Выводы:

- Общие принципы формирования консолидированного ФОТ, и соответственно фонда ДЗП, едины для всех организаций здравоохранения. Однако имеются существенные различия в объемах фонда ДЗП как в различных ОЗ, так и в одной и той же организации течение года;
- Значительные изменения в объемах средств, предназначенных ежемесячно к распределению в качестве ДЗП, обусловлены особенностями формирования фонда ДЗП, а именно наличием нескольких источников (рис.1), неравномерностью и низкой предсказуемостью поступлений/расходов по каждому виду источника;
- В среднем на долю ДЗП в структуре заработной платы врачебного персонала ЦСМ и ТБ приходится от 19 до 28%, среднего медицинского персонала – 18-19%, младшего медицинского персонала – 13-20% и прочего – от 5 до 16%, что является хорошим дополнением к ГЗП.

5.3. Факторы, влияющие на распределение и уровень начислений по КТУ

Порядок определения КТУ

Изучение документации в ОЗ показало, что порядок определения КТУ, оговоренный в нормативных правовых документах, соблюдается во всех ОЗ, т.е. имеются утвержденные комиссии, протоколы заседаний с подписями, заполненные трудовые паспорта и т.д. Однако опрос персонала различного уровня (руководители, врачи, средний персонал и др.) выявил, что осведомленность о деталях порядка разная. В большинстве организаций о порядке и результатах начисления КТУ работники осведомлены хорошо и решения принимаются коллегиально, но в некоторых – медперсонал не знал как рассчитывается их КТУ, задавал уточняющие вопросы, выразил недовольство, что *«...система непонятная, процесс непрозрачный и субъективный»*. По мнению, многих работников финансового отдела *«...распределение КТУ является конфликтной системой»*. Ими было отмечено, что *«...после выплат многие сотрудники приходят с вопросами и приходится давать разъяснения, но они все равно не понимают почему КТУ именно такое и думают, что во всем виновата бухгалтерия...»*. Они также выразили мнение, что *«...работники должны иметь возможность сразу просчитывать свою зарплату, тогда будет меньше недовольств...»*. Часть руководителей и финансистов ОЗ считают, что *«...процесс громоздкий, много бумаг и расчетов»*, в то время как *«...иногда сумма по КТУ является настолько маленькой, что вызывает негодование персонала...»*.

В то же время были организации, где существующей системой распределения фонда ДЗП в целом были удовлетворены: *«система распределения нормальная, все расчеты делаются в компьютере, только надо больше финансовых средств...»*.

Расчет суммы КТУ

- При расчете дополнительной заработной платы в формуле учитывается уровень гарантированной ЗП (стр.9). Это приводит к тому, что специалисты с более высоким разрядом, большим стажем, званиями, квалификацией и при должностях получают значительно больший уровень начислений по КТУ по сравнению с молодыми специалистами. Например, при выполнении одной и той же рабочей нагрузки, сумма КТУ у специалиста с опытом и стажем может составить более 2000 сом, а у молодого специалиста – лишь около 300 сом. По выражению одного из респондентов, *«срабатывает принцип «деньги к деньгам»*, что невыгодно для молодежи и не помогает мотивировать и удерживать их в организации. При опросе персонала мнения разделились. Одни считают, что было бы более справедливо при расчете КТУ учитывать только должностной оклад, другие – что более высокий уровень дополнительной ЗП является заслуженным вознаграждением за многолетний труд и наработанный опыт.

- При определении КТУ для каждого работника учитывается целый ряд критериев (Приложения 2.3,4). Прежде всего, это выполнение нормы нагрузки, а также такие критерии, как правильность заполнения медицинской документации, отсутствие жалоб со стороны пациентов, отсутствие административных взысканий и т.д. Однако, по мнению респондентов, многие критерии субъективны или не могут в достаточной мере отразить трудовое участие, интенсивность и качество выполненных работ. Кроме того, анализ представленной в исследованных ОЗ документации показал, что нет какой-либо прямой зависимости между установленным КТУ и общей суммой дополнительной заработной платы, которую конкретный сотрудник получит к распределению (табл.5). КТУ в текущем месяце по сравнению с предыдущим может быть выше, а сумма к получению – ниже. Решающее значение здесь имеет не столько достижение сотрудником лучшего соответствия критериям КТУ (т.е. результатов), сколько размер фонда ДЗП в каждый данный месяц. Это обстоятельство также ограничивает возможности ДЗП по оказанию стимулирующего влияния на персонал.

Таблица 5. Начисления КТУ и ДЗП на примере одного сотрудника, 2009 г.

Месяц	КТУ	Размер ДЗП, в сомах
Январь	1,2	767,63
Апрель	1,3	561,67
Июнь	1,5	784,68
Ноябрь	1,3	614,56

- Руководство части ОЗ считает, что доля для административно-управленческого аппарата (АУП) в 15% от консолидированного ФОТ и фонда ДЗП является недостаточной и не обеспечивает вознаграждения в соответствии с высоким уровнем ответственности и напряженности работы. В то же время в некоторых ОЗ руководство было вынуждено совсем отказаться от дополнительной ЗП для АУП (что было оформлено внутренним Приказом) из-за недостатка финансовых средств в организации.
- Многие руководители выразили недовольство по поводу введения ФОМСом штрафных санкций на руководство: *«...штрафов раньше не было, а сейчас они нереально высокие. Если за каждого работника будут накладывать определенный процент на заместителя директора, ответственного за лечебную деятельность, то большая часть его заработка будет уходить на штрафы...»*.
- Многие руководители выразили беспокойство и озабоченность по поводу того, что согласно нормативным документам из схемы начисления КТУ выпадают специалисты узкого профиля и работники скорой медицинской помощи (СМП). Так, со средств ОМС положены начисления только персоналу ГСВ, но в некоторых ОЗ выплачивают всем, чтобы как-то финансово поддержать персонал.
- Что касается средств сооплаты, то, как правило, они распределяются только между теми подразделениями, которые и осуществляют их сбор. Все выплаты по данному источнику производятся по факту в конце каждого месяца и более своевременно.
- Бухгалтерами было также отмечено, что дополнительные трудности при начислении КТУ возникают из-за того, что финансовые поступления по бюджету и ОМС происходят в совершенно разные сроки. Были высказаны мнения, что *«...КТУ необходимо отменить и просто увеличить основной оклад, увеличить базовую ставку заработной платы...»*.
- В большей части ОЗ отметили, что перестали оплачивать коэффициент 1,7 за смешанный прием семейным врачам и медицинским сестрам.
- В части организаций респонденты отметили, что при начислении КТУ не учитывается совместительство (например, за замещение отсутствующего врача или медсестры).

Другие подходы в распределении фонда ДЗП

Принимая во внимание, что существующий принцип распределения ДЗП вызывал много нареканий со стороны персонала в адрес бухгалтерии и всегда *«...очень трудно было*

объяснить формулу начисления КТУ...», в Таласской ТБ начали применять другой подход (табл.6).

Таблица 6. Распределение фонда ДЗП за декабрь 2010 г.

№	Отделение	Фонд ДЗП	Отчисления из фонда ДЗП					Кол-во пролеч. случаев
			АУП (17%)	Хоз. часть (5%)	Реанимация (5%)	Пара-клиника (7%)	Клинич. отд. (66%)	
1	Хирургия	7944	1350	397	397	556	5243	20
2	Родильное	9359	1591	468	468	655	6177	106
3	Инфекция	4246	722	212	212	297	2802	19
4	Терапия	4018	683	201	201	281	2652	19
	Итого	25567	4346	1278	1278	1790	16874	164

При данном подходе каждое отделение имеет информацию о размере своего фонда ДЗП, которое формируется только из двух источников – ОМС и сооплата. Каждое отделение отчисляет установленные внутренним положением ТБ проценты на АУП, хозяйственную часть, реанимацию и параклинику. Оставшаяся часть фонда ДЗП распределяется между сотрудниками (в клинических отделениях работает по 1-2 специалиста) согласно оформленным трудовым паспортам. Хотя процент, выделенный на АУП и хозяйственную часть, в сумме составляют 22% (что выше установленных нормативов), в расчете на количество работающих сотрудников АУП выходит очень небольшая сумма. Эта практика применяется с сентября 2010 года.

Как было отмечено выше, руководители ОЗ сталкиваются с вопросом о возможности распределения экономии ФОТ из бюджетных средств по КТУ. Как таковой нормативной базы нет (кроме распоряжения ФОМС), но проверяющие органы расценивают это как незаконное использование средств и применяют штрафные санкции. В связи с этим, отдельные ОЗ в регионах стали экономию ФОТ из бюджетных средств использовать на выплату авансов за следующий месяц.

Выводы:

- Порядок распределения КТУ в ОЗ отлажен (заполняются протоколы с подписями, трудовые паспорта и т.д.). Однако принцип начисления КТУ для большинства медицинского персонала остается непонятным, непредсказуемым и воспринимается как непрозрачный;
- Сумма по КТУ, которую получает работник, зависит не столько от его персональной эффективности, сколько от имеющегося уровня ГЗП и объема фонда ДЗП, формирование которого в свою очередь зависит от многих других внешних факторов (раздел 5.2). В целом распределение по КТУ имеет ограниченное влияние в качестве механизма стимулирования за результативность;
- Механизм распределения ДЗП требует дальнейшего совершенствования в плане упрощения расчетов, пересмотра критериев, рассмотрение возможности включения специалистов узкого профиля и др.

5.4. Мнение персонала о путях повышения стимулирования труда работников здравоохранения

При обсуждении данных вопросов уделялось внимание возможностям как материального, так и нематериального стимулирования.

Изыскание дополнительных финансовых средств

Многие респонденты высказали мнение, что, прежде всего, требуется повышение общего уровня заработной платы и приведение базовой ставки в соответствие с прожиточным минимумом. Было отмечено, что наличие нескольких источников, а также

многочисленных надбавок, компенсаций и т.д. делает громоздким всю систему начисления зарплат. В связи с этим предлагалось введение безстатейного финансирования, отмена тарифной сетки, установление нормативного оклада и введение контрактных форм найма персонала.

Руководство организаций здравоохранения однозначно ответили, что внутренних резервов для повышения заработных плат в организациях нет. Из возможных дополнительных источников были названы:

- пересмотр и повышение прейскуранта цен на платные услуги в ОЗ;
- увеличение доли платных палат в стационарах;
- расширение перечня платных услуг - оказание индивидуального ухода; оформление справок, выписок, копирование документов; обследование амбулаторных больных после 17.00; продажа лекарств по Дополнительному пакету ОМС на уровне стационаров;
- увеличение % от сооплаты, направляемого на оплату труда медицинских работников;
- отмена ограничений на количество госпитализаций.

Со стороны местных органов власти также идет поддержка для медицинского персонала в форме предоставления наделов земли, животных, машин. Однако, по мнению респондентов, выделение земельных участков не является выходом из положения, так как ее обработка сама по себе требует дополнительных и финансовых, и временных затрат. *«Чем должен все-таки заниматься врач – обрабатывать землю или лечить больных?»*

Нематериальные формы стимулирования

Из нематериальных форм стимулирования медицинских работников респондентами было отмечено, что необходимо обратить особое внимание на вопросы защиты прав и законных интересов врачей и организаций здравоохранения.

В последние годы в нашей стране значительно увеличилось число случаев привлечения медицинских работников к административной и уголовной ответственности. Увеличение количества жалоб и исковых заявлений со стороны пациентов и тенденция к их дальнейшему росту обусловлены не столько ухудшением качества предоставляемой медицинской помощи, сколько внедрением рыночных отношений в медицинскую практику, осознанием пациентами своих прав как субъекта правового государства, а также активизацией адвокатских контор и юристов, делающих бизнес на исках к лечебным организациям и врачам в нашей республике. Следует отметить, что в основном обвинения, предъявляемые к организациям здравоохранения и врачам, основываются на статье 119 Уголовного Кодекса КР «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником», где предусматриваются наказания от штрафа до лишения свободы сроком на 5 лет.

Все эти моменты, наряду с низкой заработной платой, оказывают демотивирующее влияние на работающий персонал.

Выводы:

- Сохраняется актуальность изыскания дополнительных финансовых средств для повышения уровня заработной платы работников здравоохранения;
- При этом возможности самих ОЗ крайне ограничены, а предложенные варианты возможных дополнительных источников финансирования в основном полагаются на расширение перечня платных услуг для пациентов;
- Из нематериальных форм стимулирования респондентами особо была подчеркнута необходимость повышения статуса медицинского работника и обеспечение защиты его прав.

6. Заключение и рекомендации

Настоящее исследование было проведено в 20 организациях здравоохранения (10 ЦСМ и 10 ТБ районного и городского уровней) в трех областях КР и г. Бишкек. Основной целью исследования было проведение оценки существующего механизма распределения дополнительной заработной платы (ДЗП) в организациях здравоохранения.

Полученные результаты показывают, что согласно утвержденным нормативным правовым документам во всех ОЗ сначала формируется консолидированный ФОТ из четырех источников (бюджет, специальные средства, ОМС и сооплата), затем последовательно производятся выплаты на покрытие гарантированной заработной платы (должностной оклад и надбавки), индивидуальных выплат, выплат работникам, не состоящим в штате, перерасчетов за предыдущие месяцы, штрафных санкций ФОМС. Оставшаяся после всех указанных выплат сумма и составляет фонд дополнительной заработной платы, предназначенной к распределению на основе КТУ. Поскольку каждая составляющая (и источники финансирования, и обязательные выплаты) не являются фиксированными величинами и постоянно варьируют, то и объемы фонда ДЗП значительно меняются как в разрезе различных ОЗ, так и в одной и той же организации по месяцам в течение года. Следует отметить, что при формировании фонда ДЗП наибольшую роль играют средства ОМС, а на долю ДЗП в общей структуре заработной платы врачебного персонала в среднем приходится от 19 до 28%, среднего медицинского персонала – 18-19%, младшего медицинского персонала – 13-20% и прочего – от 5 до 16%. Тем не менее ДЗП не имеет особого стимулирующего влияния, что видимо связано с тем, что общий уровень заработной платы работников здравоохранения в стране остается крайне низким.

Изучение процедуры распределения фонда ДЗП на основе КТУ показал, что в каждой ОЗ аккуратно выполняются основные требования, предусмотренные нормативными документами (созданы и действуют комиссии, ежемесячно ведутся протоколы, заполняются трудовые паспорта как на подразделение, так и на каждого работника в отдельности и др.). Мнения руководителей, финансовых специалистов и медицинских работников в оценке эффективности существующего механизма разделились. Одни респонденты считают, что механизм распределения ДЗП по КТУ удовлетворительный, и требует только увеличения объема финансовых средств. Но все же большая часть респондентов считает, что необходимо пересмотреть данный механизм, поскольку он является громоздким, требует много дополнительной документации и расчетов, и самое главное - непонятен для рядовых сотрудников ОЗ, что является постоянным источником конфликтов и недопонимания.

Кроме того, выявился ряд вопросов по формированию и распределению фонда ДЗП, по которым необходимо принять единое решение. Это такие, как подлежит ли экономия ФОТ из средств бюджета к распределению в качестве ДЗП; должны ли специалисты узкого профиля и СМП быть включены в схему начислений по КТУ, и др.

Также респондентами поднимался вопрос по объективности и значимости отобранных критериев для определения КТУ. Имеющиеся критерии учитывают фактически выполненную нагрузку, качество заполненной медицинской документации и другие показатели. Однако ежемесячные изменения размера фонда ДЗП, отсутствие прямой взаимосвязи между начисленным КТУ и суммой, которую сотрудник получает на руки в конце месяца, значительно снижают стимулирующее влияние выплат по фонду ДЗП и обуславливают недовольство персонала.

Для обеспечения адекватного стимулирования труда работников здравоохранения решающее значение по-прежнему имеет увеличение уровня заработной платы из средств государственного бюджета. Проведенные обсуждения с руководством

различных ОЗ показывают практическое отсутствие внутренних резервов ОЗ для дальнейшего повышения материального поощрения персонала. Предложенные варианты для изыскания дополнительных финансовых источников полагаются в основном на расширения перечня платных услуг для пациентов. Из нематериальных форм поощрения наиболее актуальным для опрошенного персонала оказалось активное продвижение мероприятий по защите прав и законных интересов врачей и организаций здравоохранения.

На основе полученных результатов исследования были сформулированы следующие рекомендации:

- Рассмотреть возможность распределения экономии ФОТ из средств бюджета и пересмотреть подходы к наложению штрафных санкций в сторону их смягчения;
- Пересмотреть механизм начисления КТУ в отношении доли выплат для АУП, специалистов узкого профиля и СМП, упрощения расчетов при начислении КТУ и др;
- ОЗ проанализировать причины, послужившие обоснованием для крупных штрафных санкций со стороны ФОМС в 2010 году с целью предупреждения аналогичных ситуаций в дальнейшем;
- Развитие тесного взаимодействия с местными органами власти для содействия в вопросах материального и нематериального поощрения медицинских работников;
- Разработка и продвижение мероприятий по защите прав и законных интересов врачей и организаций здравоохранения;
- Рассмотрение возможности повышения заработной платы из средств государственного бюджета;

В долгосрочной перспективе актуальным остается:

- Продолжение шагов по отмене/пересмотру тарифной сетки при начислении заработной платы;
- Рассмотрение и доработка положения по контрактной форме найма медицинского персонала в ОЗ;
- Развитие межсекторального сотрудничества по вопросам стимулирования медицинского персонала.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Список нормативной правовой документации по вопросам оплаты труда работников ОЗ

1. Приказ Министерства финансов КР и Министерства труда и социальной защиты КР «Об оплате труда работников групп семейных врачей» от 17 октября 2000 №354 / П и от 11 октября 2000 № 90;
2. Приказ МЗ КР №11 от 18 января 2001 г. «Положение о начислении дополнительной заработной платы работникам медицинских учреждений, работающих в системе ОМС»;
3. Концепция реформы заработной платы в Кыргызской Республике на 2003-2010 годы, утверждена Указом Президента КР от 14 декабря 2002 года № 375;
4. Временное положение по оплате труда работников здравоохранения, работающих в системе «Единого плательщика», утверждено Приказом МЗ КР от 30 января 2003 года № 29;
5. Постановление Правительства КР «Об оплате труда работников социальной сферы Кыргызской Республики» от 7 декабря 2005 года N 561 (в редакции постановления Правительства КР от 19 июня 2008 года №317);
6. Постановление Правительства КР «Об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики» от 6 июня 2006 года N 411;
7. Приказ МЗ КР № 364 от 03.07.2006 «Об оплате труда работников организаций здравоохранения КР» (во исполнение постановления Правительства КР от 6 июня 2006 года № 411);
8. Приложение к приказу МЗ КР от 13 марта 2009 года №115. Методическое руководство по применению коэффициентов трудового участия для работников кабинетов укрепления здоровья Центра семейной медицины;
9. Приказ Фонда ОМС при Правительстве КР от 16 июня 2010 г. №117 «Положение о применении финансовых санкций к поставщикам медицинских услуг, работающим по договорам с ТУ ФОМС».

Приложение 2. Трудовой паспорт структурных подразделений за июнь, 2009 г. (на примере ТБ)

№	Наименование отделения	Количество врачебных должностей	Нормы нагрузки	Фактическое выполнение нормы нагрузки	% выполнения нормы нагрузки	За выполнение нормы нагрузки	За перевыполнение нормы нагрузки	Качество ведения медицинской и прочей документации 0,1-0,2	Соответствие лечения утвержденным клиническим протоколам 0,1-0,2	Отсутствие нарушений в технологическом изготовлении	Сложность и напряженность работы 0,1-0,3-0,5	Качество выполненных работ 0,2	Оперативная активность 0,1-0,3-0,5	Отсутствие жалоб пациентов 0,1-0,2	Отсутствие административных взысканий 0,1-0,2	Итого КТУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Хирургическое	3,0	63	84	133%	0,2	0,3	0,1	0,1		0,2		0,2	0,2	0,2	1,5
2	Соматическое	4,25	99,25	113	114%	0,2	0,1	0,1	0,1					0,2	0,2	0,9
3	Инфекционное	1,5	30	62	206%	0,2	0,9	0,1	0,1					0,2	0,2	1,7
4	Родильное	4,5	112,5	132	117%	0,2	0,2	0,1	0,1		0,1		0,1	0,2	0,1	1,1
5	Реанимационное	-	-	8				0,1	0,1		0,2		0,2	0,2	0,2	1,0
6	ПДО	-	-			0,1		0,1	0,1			0,2		0,2	0,2	0,9
7	Аптека	-	-					0,1		0,2		0,2			0,2	0,7
8	Лаборатория	-	-			0,2	0,4	0,1						0,1	0,2	1,0
9	ФТБ	2,25	60	43	71%									0,1	0,1	0,2
	Итого															9,0

Утверждаю

Директор

Приложение 3. Трудовой паспорт сотрудников за июнь, 2009 г. (на примере ГСВ)

№	Врачи ГСВ ФИО	Объем выполняемой работы / ставки	Нормы нагрузки (приписанное население /посещения)	Фактическое выполнение нормы нагрузки	% выполнения нормы нагрузки	За выполнение нормы нагрузки	За перевыполнение нормы нагрузки за каждые 10% - 0,1	Отсутствие дефектов в наблюдении за детьми до 5 лет - 0,1	Процент оздоровления женщин с эрозией шейки матки выше 70% - 0,1	Смешанный прием пациентов от 25 до 50% 0,1 – 0,3	Соответствие лечения утвержденным клиническим протоколам 0,1-0,2	Отсутствие фактов нарушения санитарно-эпидемиологического режима - 0,1	Отсутствие дефектов по выписке рецептов по Дополнительной программе ОМС - 0,1-0,2	Отсутствие необоснованного нарушения календаря прививок – 0,1	Взятие на учет беременных в сроки до 12 недель более 85% - 0,1	Отсутствие фактов нарушений трудовой и исполнительской дисциплины - 0,1	Итого КТУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1		1,0	295	463	156%	0,2	0,5	0,1		0,3			0,1		0,1		1,3
2		1,0	295	352	119%	0,2	0,1	0,1		0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,2
3		1,0	295	317	107%	0,2		0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	1,3
4		1,0	295	295	100%			0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	1,2
5		0,25	74	74	100%			0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		1,1
6		1,0	295	469	158%	0,2	0,5	0,1		0,3			0,1			0,1	1,2
7		0,75	221	221	100%			0,1		0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0
8		0,25	74	63	85%			0,1		0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	1,1
9		1,0	295	197	66%			0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1		1,2
10		1,0	295	305	103%	0,2		0,1		0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,1
11		0,5	147	147	100%			0,1		0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1		1,0
12		1,0	295					0,1		0,3					0,1		0,5

Члены экспертной комиссии:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Комиссия по заполнению:

Клинический руководитель _____

Приложение 4. Трудовой паспорт сотрудников за июнь, 2009 г. (на примере узких специалистов ЦСМ)

№	Должность ФИО	Ставки	Нормы нагрузки	Фактическое выполнение нормы нагрузки	% выполнения нормы нагрузки	За выполнение нормы нагрузки	За перевыполнение нормы нагрузки за каждые 10% - 0,1	Соответствие лечения утвержденным клиническим протоколам	Отсутствие дефектов в обследовании и лечении	Отсутствие жалоб пациентов	Отсутствие административных взысканий	Участие в общественной жизни ЦСМ	Отсутствие трудовой и исполнительской дисциплины	Отсутствие фактов нарушения санитарно- эпидемиологического	Отсутствие дефектов по качеству	Отсутствие расхождений в описании рентген- снимков	Итого КТУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	УЗИ	1,0	456	807	177%	0,2	0,3		0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,3
2	План.семьи	0,5	148	125	84%	0,1			0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			0,9
3	Кож-вен	1,0	602	939	156%	0,2	0,3		0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,3
4	Стат	0,5				0,2			0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,0
5	Хирург	1,0	478	1074	224%	0,2	0,5		0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,5
6	Онколог	0,5	114	24	21%						0,1	0,1	0,1	0,1			0,4
7	Лаборант	1,0	1360	2452	180%	0,2	0,2			0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2		1,2
8	Лаборант	0,5	680	1226	180%	0,2				0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2		1,0
9	Невропатолог	1,0	437	233	53%				0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			0,8
10	Инфекционист	0,5	101	7	6,9%	0,2			0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,0
11	Фтизиатр	1,0	218	225	103%	0,2		0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,1
12	Фтизиатр	0,5				0,2			0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,0
13	Психиатр	1,0	260	232	89%	0,2			0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,0
14	Нарколог	0,5	130	117	90%	0,1			0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			0,9
15	Координатор	0,75						0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,0
16	Координатор	0,5						0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,0
17	Иммунолог	1,0						0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,0
18	Координатор	0,25						0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2		0,2	1,0
19	Рентгенолог	0,5	375	585	156%	0,2	0,3			0,1	0,1	0,1	0,1	0,2			1,3
20	Окулист	1,0	546								0,1		0,1	0,1			0,3

Члены экспертной комиссии:

1. _____
2. _____
3. _____

Комиссия по заполнению:

Клинический руководитель _____
