



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Трудовые ресурсы здравоохранения. Нормирование и оплата труда.

Проф. Борщук Е.Л.



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



**Кадры здравоохранения – важнейшая составляющая ресурсного обеспечения отрасли. Состояние кадровых ресурсов определяет эффективность работы системы здравоохранения, а именно качество и доступность медицинской помощи населению.**

## **СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ОДИН ИЗ КЛЮЧЕВЫХ СЕКТОРОВ ЭКОНОМИКИ И ВАЖНЕЙШИЙ СТИМУЛИРУЮЩИЙ ФАКТОР ДОСТОЙНОЙ ЗАНЯТОСТИ, ИНКЛЮЗИВНОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА, БЕЗОПАСНОСТИ ЧЕЛОВЕКА И УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ.**

- О За последние 10 лет в секторе здравоохранения было создано больше рабочих мест, чем в любом другом секторе. Эта тенденция будет сохраняться в предстоящие годы. Более того, созданные таким образом рабочие места способствуют повышению производительности труда работающего населения, поскольку ведут к повышению уровня его здоровья.
- О Инвестиции в кадры здравоохранения – это одновременно и возможность повысить уровень здоровья населения, и шанс создать новые рабочие места и стимулировать экономический рост. Страны, инвестирующие ресурсы в работников здравоохранения, будут иметь более здоровое население, а более здоровое население – это более здоровая и устойчивая экономика. В свою очередь те страны, которые недостаточно инвестируют в кадры здравоохранения, не только ставят под угрозу здоровье своего населения, но и оказываются более уязвимыми перед лицом кризисных ситуаций, таких как эпидемия Эболы.
- О Правильные инвестиции и грамотные действия в этой сфере откроют перед человечеством уникальную возможность удовлетворить растущую во всем мире потребность в работниках здравоохранения, продвинуться вперед по пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, обеспечить безопасность человека и генерировать масштабную отдачу в экономике и социальной сфере.

**Комиссия ВОЗ по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста предлагает осуществить ряд действий, направленных на стимулирование создания порядка 40 миллионов рабочих мест в секторе здравоохранения и социальной сфере к 2030 г. с особым вниманием к проблеме прогнозируемого дефицита 18 миллионов работников здравоохранения, который может сформироваться к 2030 г. в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня.**



## РЫНОК ТРУДА: ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- **Рынок труда** - особая экономическая категория, охватывающая оплачиваемую занятость, к которой относятся претендующие на рабочее место и все занятые, кроме учащихся и самостоятельных (домашних) работников, ведущих натуральное хозяйство.
- **Спрос** на рынке труда – это потребность в наёмной рабочей силе, зависящая от движения рабочих мест (ввод, выбытие).
- **Предложение** на рынке труда – это экономически активное население.



# Эволюция отношения к работнику

- **Рабочие руки** — рабочая сила, тягловый скот, оплата по степени тяжести труда, низкая, степень доверия со стороны управляющих стремится к нулю.
- **Трудовые ресурсы** — рабочая сила с определенной степенью осмысленности труда и инициативы, оплата по времени, степень доверия — в пределах рамок должностных инструкций, развитые административные рычаги воздействия.
- **Кадры** — полностью подчиненные системе работники без личных целей (или с единственной целью — служить организации), ответственность за общий результат не предусмотрена, инициатива не поощряется, в управлении — просвещенный абсолютизм.
- **Персонал** — работники (нанятые), отвечающие за небольшой результат труда на конкретном рабочем месте, инициатива поощряется, методы управления экономические.
- **Человеческие ресурсы** — люди с имеющимися на данном месте знаниями, умениями, готовые нести ответственность за результат труда на конкретном рабочем месте и в рамках малой группы, методы управления социально-экономические, делегирование полномочий и ответственности в совокупности с системой контроля выполнения.
- **Человеческий капитал** — люди как система имеющих и потенциальных особенностей (тип темперамента, эмоции, мотивация, ценности, идеи), знаний и навыков (включающих способность учиться и изменяться), отвечающие за конечный результат организации, осознающие себя как важную часть организации, способные поступиться своими целями ради целей организации, степень доверия равная с управляющими, методы управления психологические.



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Понятие трудовых ресурсов

**Трудовые ресурсы** - экономически активная, трудоспособная часть населения, обладающая физическими и духовными способностями к участию в трудовой деятельности.

**Трудовые ресурсы** — часть населения страны, которая по физическому развитию, приобретенному образованию, профессионально-квалификационному уровню способна заниматься общественно полезной деятельностью.





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

Трудовые ресурсы включают в себя *занятое* и *незанятое* в экономике трудоспособное население.

**Трудоспособное население** - это совокупность лиц, способных по своим психофизическим данным к участию в производственном процессе.





# Понятие трудового потенциала

**Трудовой потенциал работника** - совокупность качеств человека, определяющих возможность и границы его участия в трудовой деятельности:

- возраст;
- физическое и психическое здоровье;
- личностные характеристики;
- общеобразовательная и профессиональная подготовка;
- способность профессионального роста;
- отношение к труду;
- стаж работы по специальности;
- семейное положение.





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Трудовой потенциал работника включает в себя:

- **психофизиологический потенциал** — способности и склонности человека, состояние его здоровья, работоспособность, выносливость, тип нервной системы и т.п.;
- **квалификационный потенциал** — объем, глубину и разносторонность общих и специальных знаний, трудовых навыков и умений, обуславливающий способность работника к труду определенного содержания и сложности;
- **личностный потенциал** — уровень гражданского сознания и социальной зрелости, степень усвоения работником норм отношения к труду, ценностные ориентации, интересы, потребности и запросы в сфере труда, исходя из иерархии потребностей человека.



**Пирамида  
Маслоу**  
показывает, что  
чем  
организованнее,  
мотивированнее  
человек, тем  
выше его  
трудовой  
потенциал.





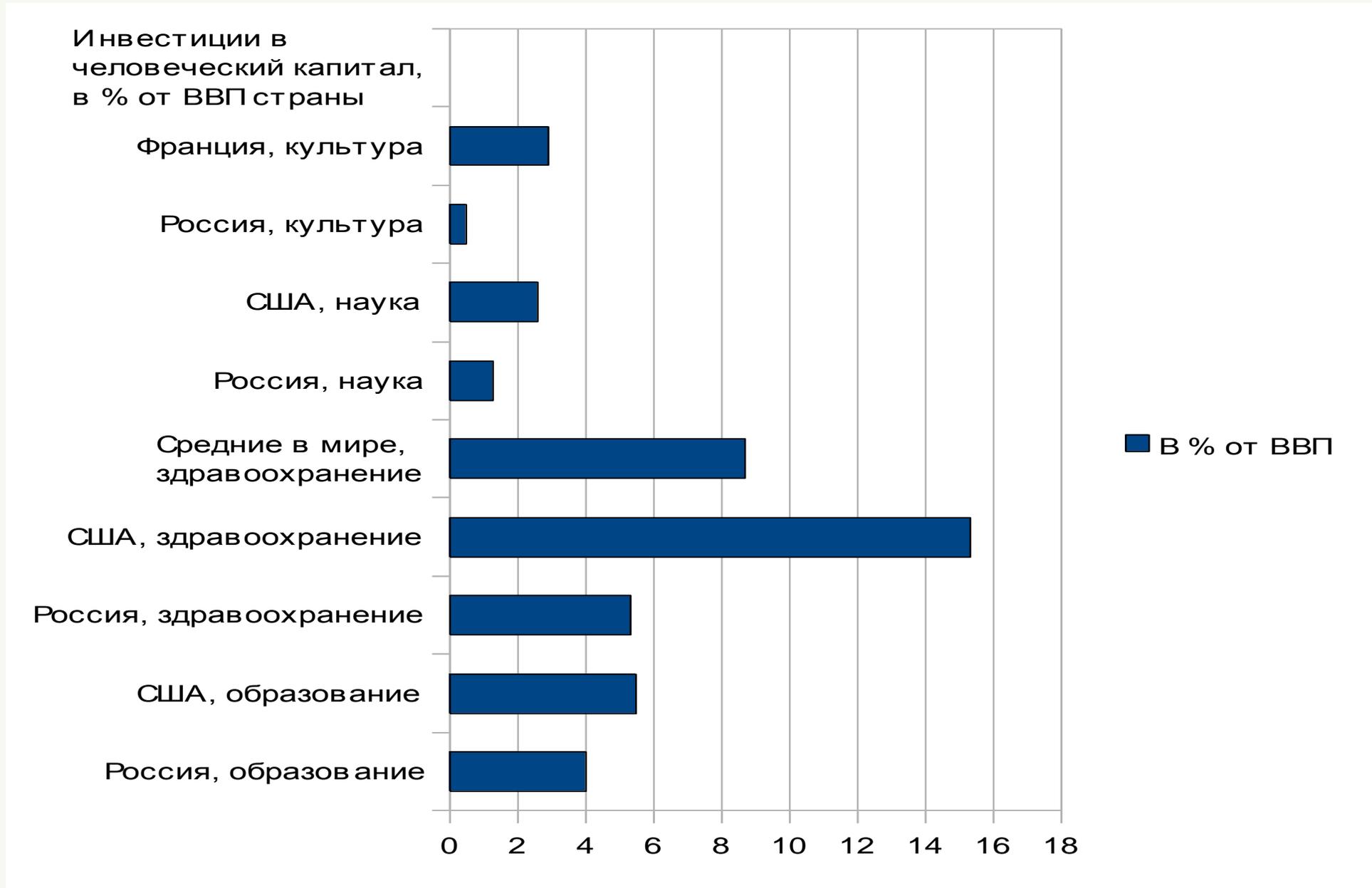
Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Значение качества рабочей силы для экономического роста

**Качество рабочей силы** — это совокупность свойств человека, проявляющихся в процессе труда и включающих в себя квалификационный комплекс и трудовую активность работника.



# Инвестиции в Человеческий Капитал (% от ВВП)

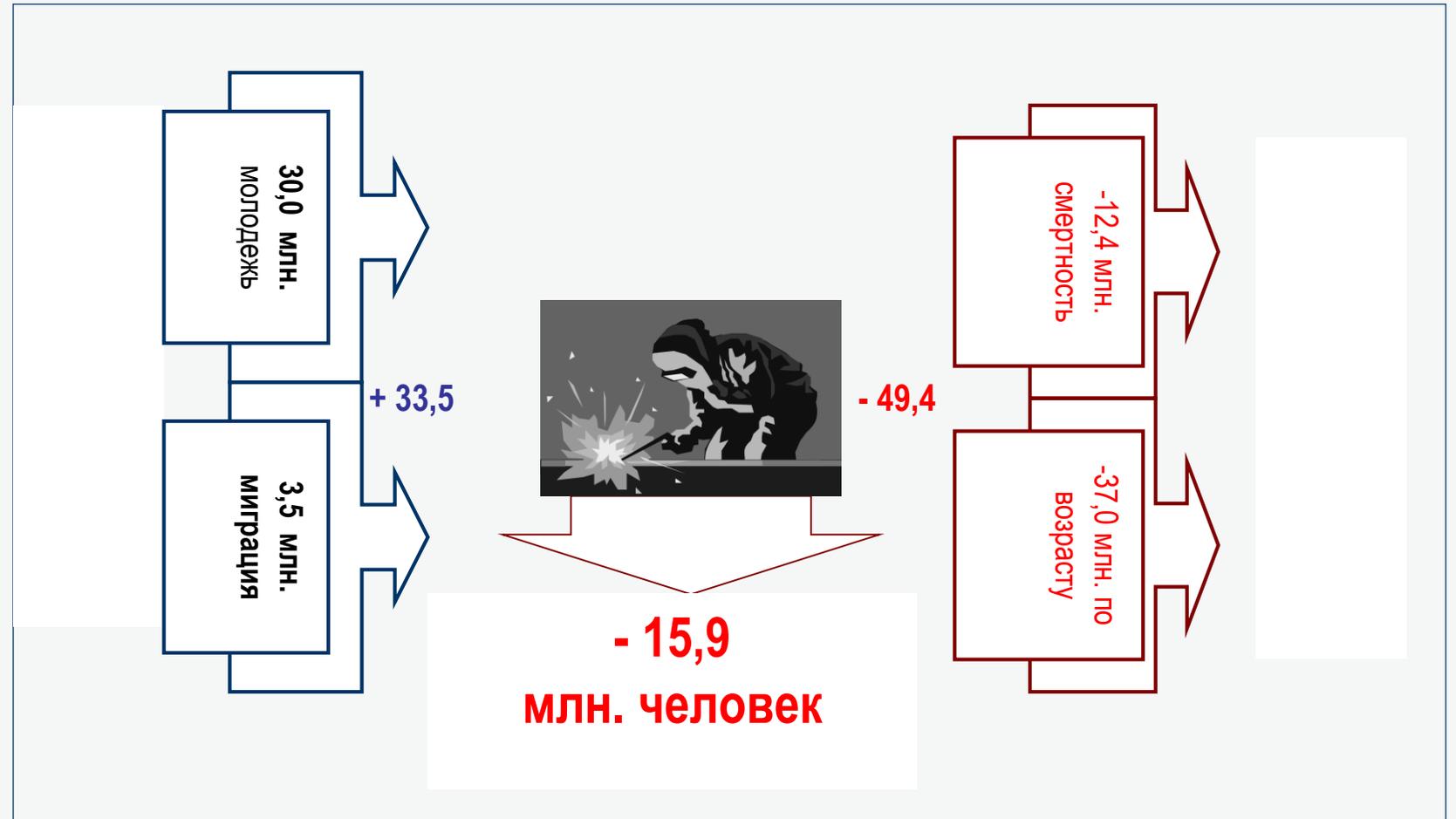


# ЧИСЛЕННОСТЬ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕЗКО СНИЗИТСЯ (ОЦЕНКА, 2000-2025ГГ.)

**ВХОД** в трудоспособное население

**ВЫХОД** из трудоспособного населения

В ближайшие 20 лет численность трудоспособного населения уменьшится на 16 млн. человек. Сокращающаяся численность молодежи, вступающей в трудоспособный возраст в 2006 – 2025гг. возместит убыль рабочей силы только на половину. Однако этого недостаточно для полного восстановления трудового потенциала: в 2025г. его численность будет на 1/5 меньше, чем сегодня



## ДИСБАЛАНС ПОКОЛЕНИЙ РАБОТНИКОВ

	до 30 лет	30 – 49 лет	50 лет и старше	всего
2002г.	<b>23%</b>	57%	<b>19%</b>	100%
2010г.	25%	51%	24%	100%
2025г.	<b>17%</b>	58%	<b>25%</b>	100%

В результате сокращения притока молодой рабочей силы заметно увеличится удельный вес людей старших возрастов. Привычный для многих предприятий плавный режим смены поколений работников будет нарушен. Дисбаланс поколений неравномерно распределит дефицит кадров между различными профессиональными и квалификационными группами.

## ОТРАСЛЕВАЯ СТРУКТУРА СПРОСА НА ТРУД, 2005-2025 ГГ., (%)

Отрасли	2005 г.	2010 г.	2025 г.
<b>Всего занятых в экономике</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>промышленность</b>	<b>21,4</b>	<b>21,3</b>	<b>20,9</b>
<b>сельское и лесное хозяйство</b>	<b>11,2</b>	<b>10,3</b>	<b>8,5</b>
<b>транспорт и связь</b>	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>	<b>7,4</b>
<b>строительство</b>	<b>7,8</b>	<b>7,9</b>	<b>7,5</b>
<b>торговля, общественное питание, материально-техническое снабжение и сбыт, заготовки</b>	<b>17,1</b>	<b>17,4</b>	<b>16,2</b>
<b>жилищно-коммунальное хозяйство и непроизводственные виды бытового обслуживания населения</b>	<b>5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,8</b>
<b>Здравоохранение, соц. обеспечение, образование, культура, наука</b>	<b>19,9</b>	<b>20,2</b>	<b>23</b>
<b>кредитование, финансы, страхование</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>2,2</b>
<b>органы управления</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5</b>	<b>4,8</b>

# Почему важны кадровые ресурсы здравоохранения?

**Кадровые ресурсы - «Важнейший вклад и сдерживающий фактор для систем здравоохранения»**

***Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000***

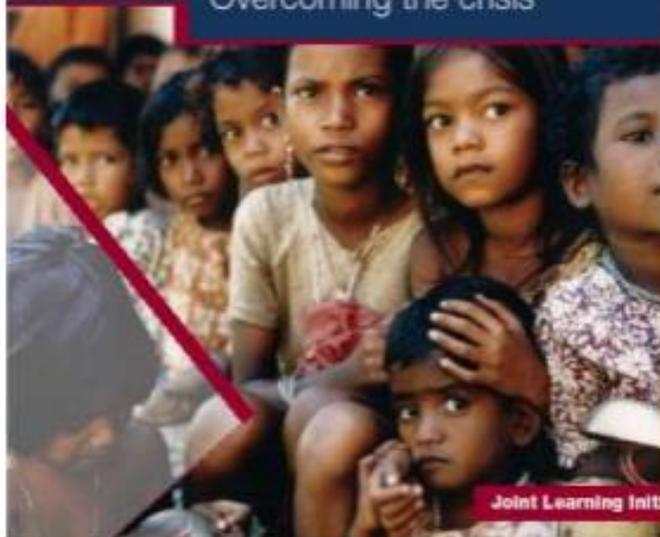
- Во всех странах: центральная роль в секторе здравоохранения, стратегический капитал (около 10% всех трудовых ресурсов)
- На долю кадровых ресурсов приходится большая часть бюджета сектора здравоохранения (65-80%)
- Доступность, эффективность и качество услуг здравоохранения зависит от доступности, эффективности и качества ее кадровых ресурсов
- Неуклонный рост потребности в кадрах в странах (постарение населения, хронизация патологии), необходимость в изменении композиции и компетенций кадров. Нехватка кадров – растущая проблема

# Глобальный кризис кадровых ресурсов здравоохранения ...

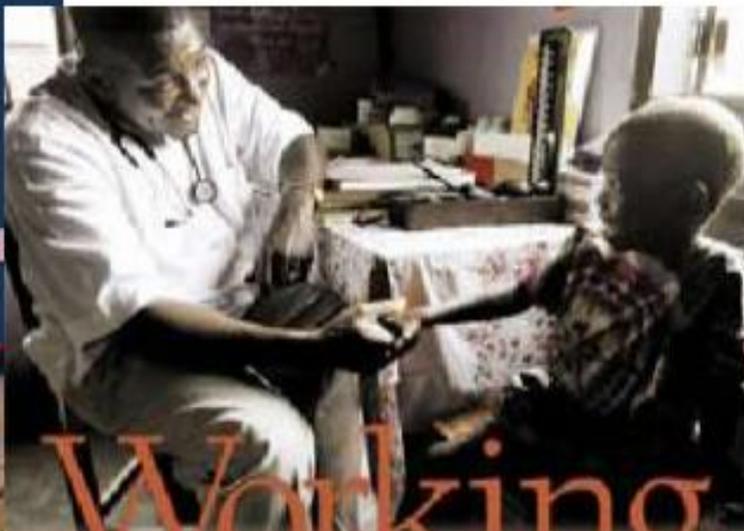


## Human Resources for Health

Overcoming the crisis



Joint Learning Initiative



Working  
together  
for health

The World Health Report 2006  World Health Organization

Необходимость в неотложных и согласованных действиях, направленных на преодоление кризиса кадров здравоохранения:

- Глобальный дефицит кадров
  - Неравномерность в распределении
  - Нарастающая и неуправляемая миграция
- Плохие условия труда
- Слабые базы фактических данных по кадрам здравоохранения

# Мировая статистика обеспечения медицинскими кадрами

ШВЕЙЦАРИЯ



40.5

США



24.5

АВСТРИЯ



48.3

КИТАЙ



14.9

ГЕРМАНИЯ



38.9

РОССИЯ



44.3

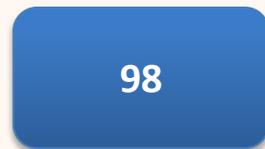
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ (на 10 тыс. населения)



185



32



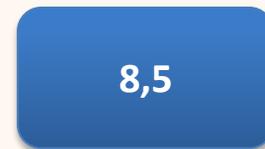
98



139



230



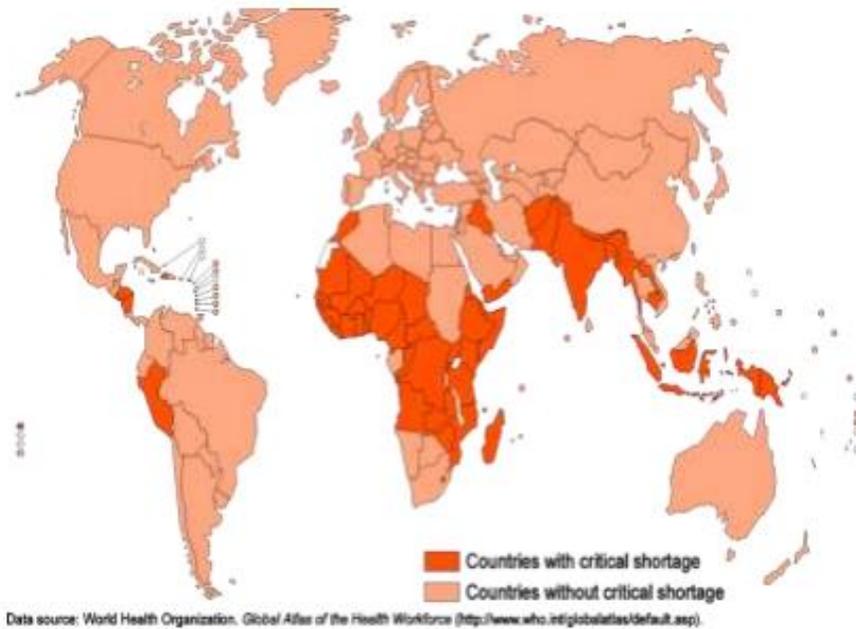
8,5

ПЛОТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ (жителей на кв. км.)

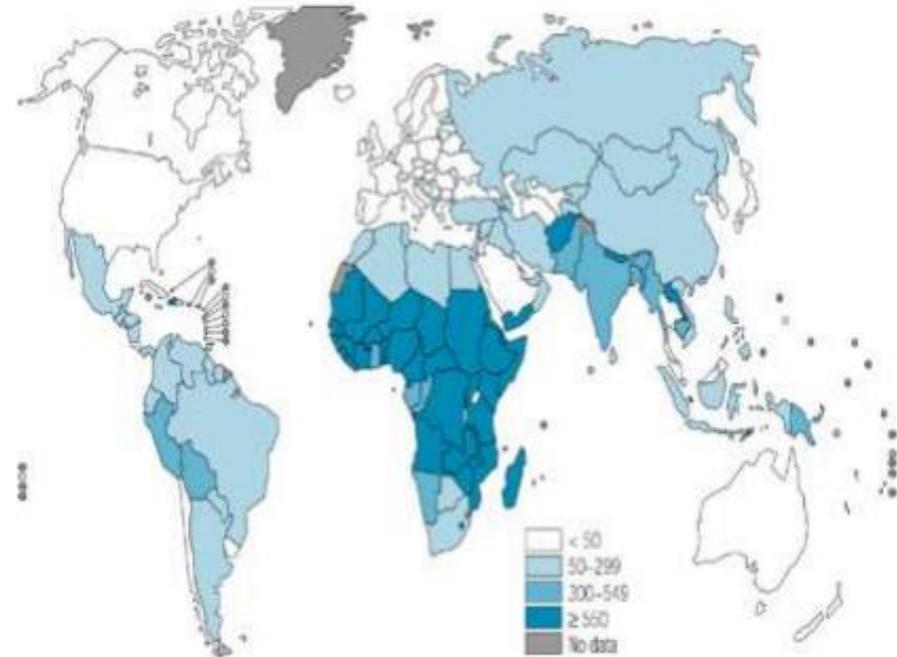
\* World health statistics 2015, [[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/)]



- Страны с критическим дефицитом кадров (< 2.28 врачей, медсестер и акушерок / 1000 населения)



- В этих странах отмечается мин. прогресс в достижении целей тысячелетия (материнская смертность / 100,000 родов)



**Рост дефицита кадров в мире: 2.6 млн (2006), 7.2 (2012), 12.9 (прогноз)**

# Дефицит работников здравоохранения в ЕС

По данным Европейской Комиссии по здравоохранению, к 2020 г. в странах Европейского Союза

**Ожидаемый дефицит профессиональных кадров в здравоохранении составит порядка 1 миллиона:**

- 590.000 медицинских сестер
- 230.000 врачей и
- 150.000 других категорий профессиональных работников

**Следствие - 15% ожидаемый дефицит услуг населению в сравнении с 2010 г**



# Сектор здравоохранения в ЕС

- Лидирует среди всех секторов экономики в ЕС по количеству должностей – **17,1 млн** или **8% всех должностей в ЕС (2010)**.
- За период с 2000 по 2010 гг. занятость возросла на 21%, **введено 4 млн новых должностей**.
- Тенденции сохранились даже в период экономического кризиса, **введено 770.000 новых должностей (2008-2010)**; в то время как в целом по всем секторам сокращено 5 млн должностей.



## Прогноз сектора здравоохранения ЕС до 2020 г.

- Дальнейший рост потребности в услугах и кадрах (постарение населения, потребность в долговременной помощи).
- **8 млн. должностей предстоит заполнить** в период с 2010 по 2020 гг., в том числе **1 млн новых и 7 млн освободившихся.**
- Рост потребности в высококвалифицированных кадрах: из 8 млн. должностей свыше **5 млн – высококвалифицированные кадры, около 3 млн кадры средней квалификации** и около 200.000 низкой квалификации.



# Мобильность кадров в странах Европейского Союза

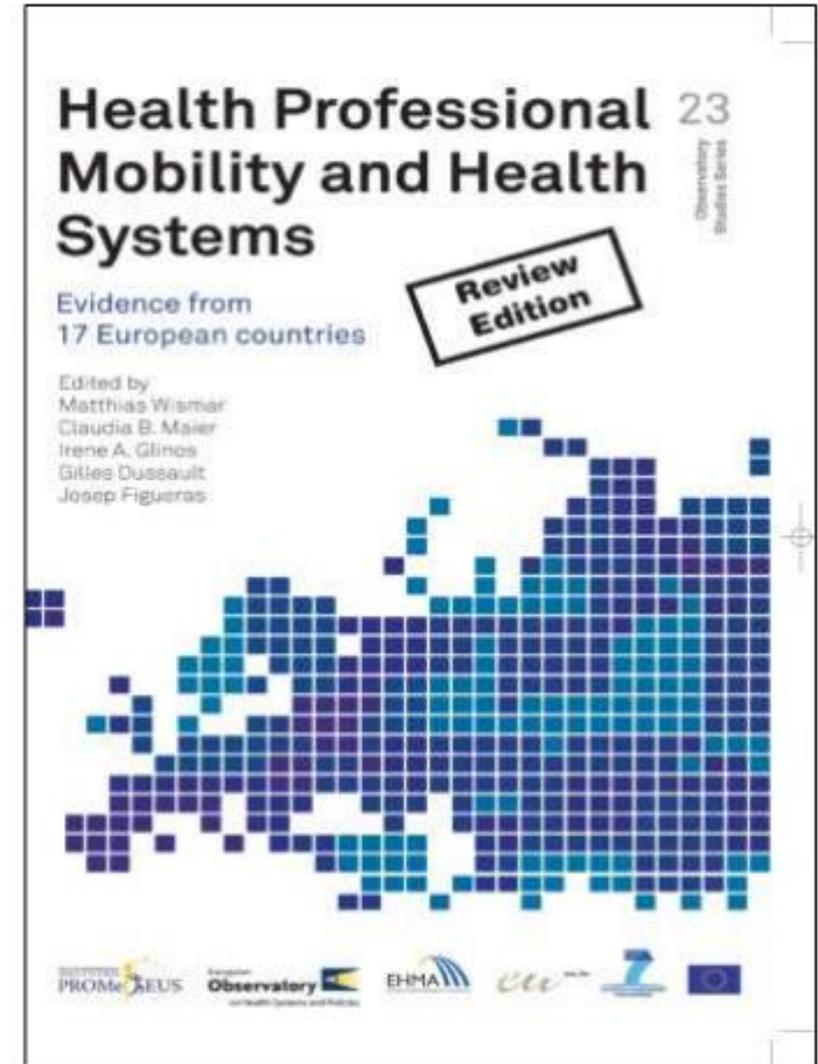


**Доля иностранцев среди медиков, впервые получивших допуск к проф. деятельности в 2007/2008**

**Медсестры: Италия (28%), Испания (20%),  
Соединенное Королевство (15%),  
Бельгия (14%)**

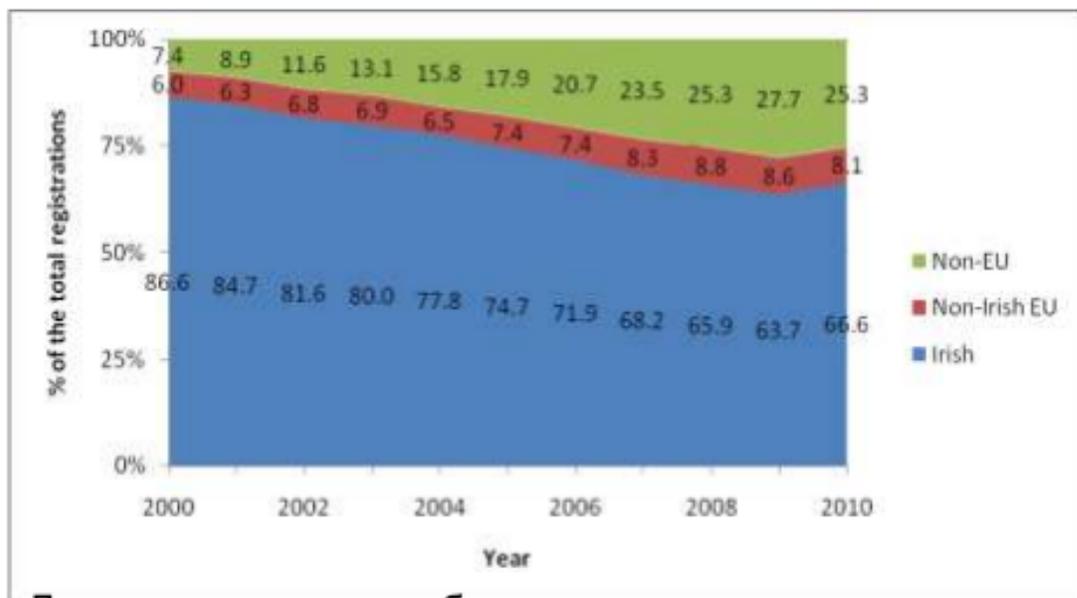
**Врачи: Соединенное Королевство (43%),  
Бельгия (25%), Австрия (13.5%)**

**Стоматологи: Австрия (41%), Соединенное  
Королевство (34%), Бельгия (19%)**

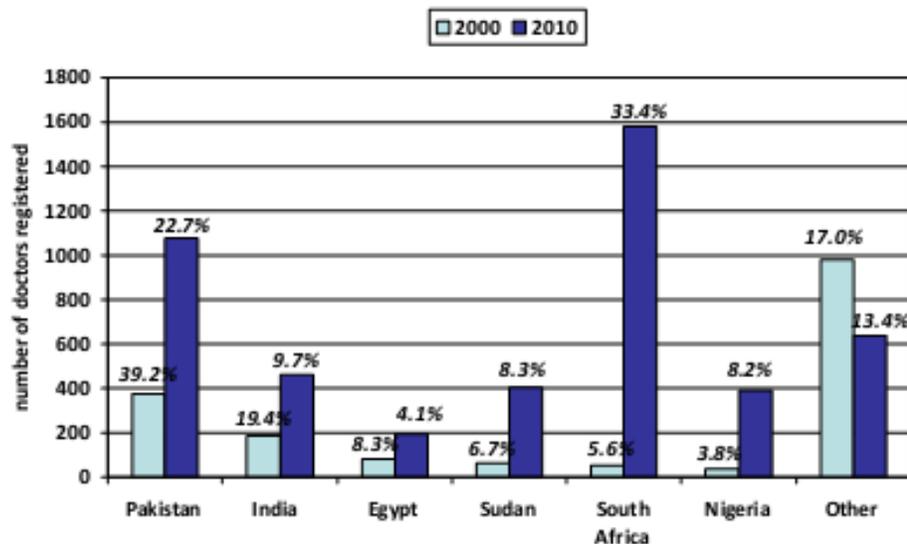


# Кадры здравоохранения - врачи на примере Ирландии

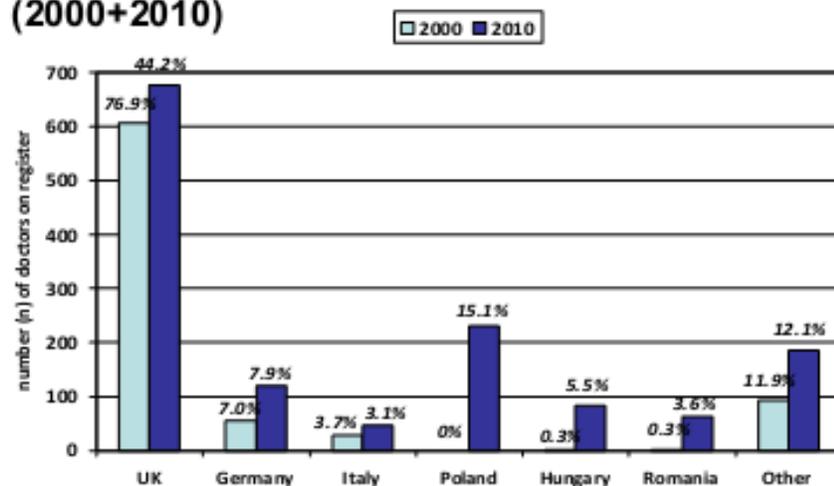
С 2000 по 2008 г. доля практикующих иностранных врачей в стране возросла с 12% до 35%, включая 25% из стран с дефицитом кадров.



Доля иностранцев к общему количеству практикующих в стране врачей по годам



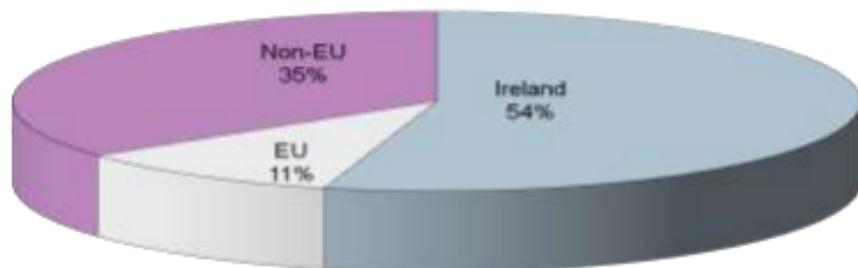
Страна получения квалификации, кроме ЕС.  
(2000+2010)



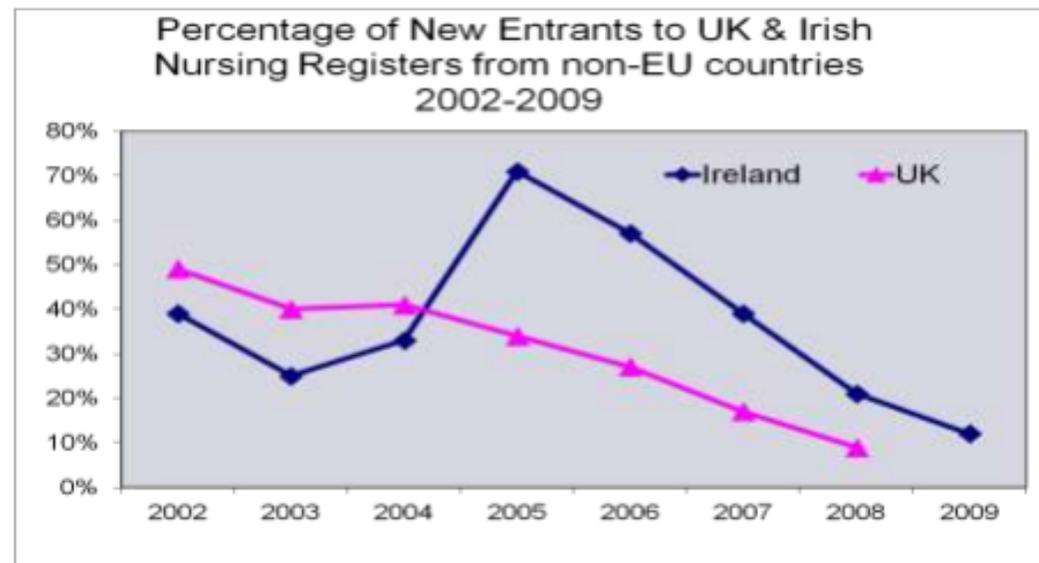
Страна ЕС, в которой получена квалификация  
(2000+2010)

# Кадры здравоохранения - медсестры на примере Ирландии

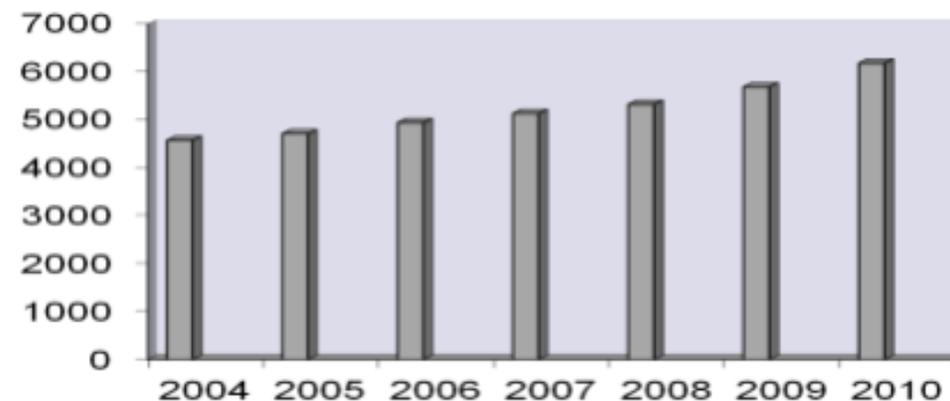
- 2000-2006 гг. - около 50% зарегистрированных в Ирландии медсестер были иностранными гражданами
- С 2007 г. Сокращение должностей из-за экономического кризиса



Соотношение впервые зарегистрированных медсестер в Ирландии, 2000-2009. N=31,810



Доля впервые зарегистрированных медсестер в СК и Ирландии, исключая страны ЕС, 2002-2009

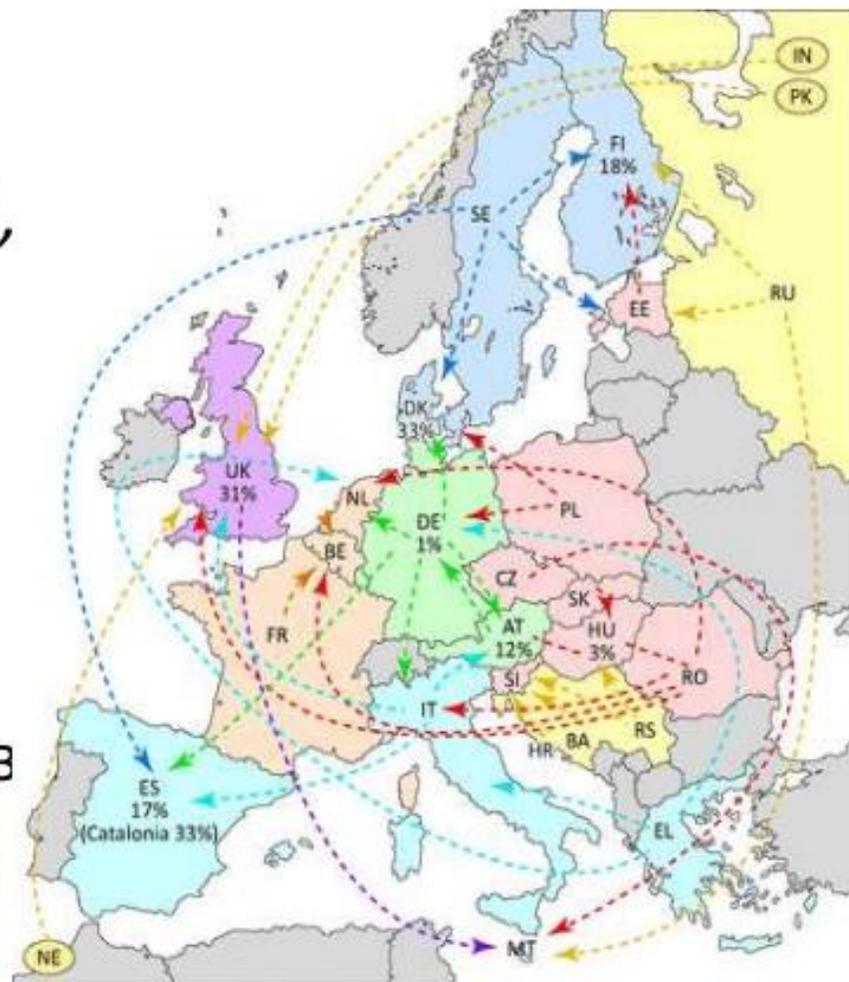


Ирландские медсестры, работающие зарубежом по годам

# Экономический кризис не остановил миграцию, появились новые направления

*«Мой педиатр переехал в Техас,  
стоматолог уехал работать в Дубай,  
а глазной врач – в Стокгольм»*  
(из интервью Symons, Греция, 2012)

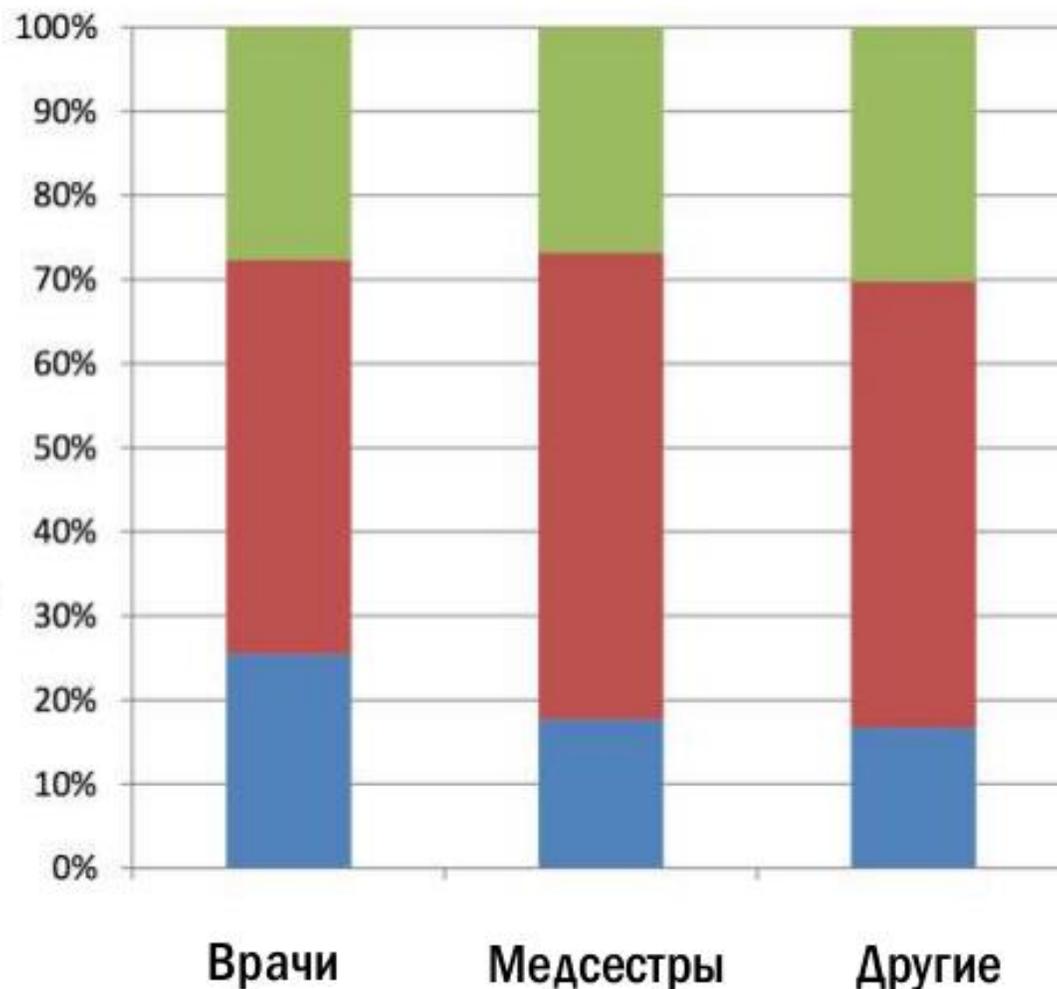
- проблема мониторинга
- компетентных управленческих кадров
- необходимость совместных действий
- сотрудничество



# Дисбаланс профессиональных умений в секторе здравоохранения

данные ESWC, 2010

- Мои проф. умения позволяют выполнять более сложные задачи
- Мои нынешние умения соответствуют моим обязанностям, выполняемым задачам
- Мне нужна дальнейшая подготовка для успешного выполнения моих обязанностей



# Инструменты ВОЗ ...



**Таблица А1.1: Наличие работников здравоохранения, 2013 г.**

	Врачи	Медсестры / акушерки	Все другие кадры <sup>1</sup>	Итого <sup>2</sup>	Врачей на 1000 чел.	Медсестер / акушерок на 1000 чел.	Всех других кадров на 1000 чел.	Всего на 1000 чел. <sup>2</sup>
<b>Регион</b>								
Африка	225 120	1 039 709	620 315	1 885 144	0,27	1,22	0,73	2,22
Страны Америки	2 025 041	4 692 099	2 637 289	9 354 429	2,09	4,85	2,73	9,68
Восточное Средиземноморье	785 629	1 295 020	979 097	3 059 747	1,26	2,08	1,57	4,91
Европа	2 909 051	5 314 157	3 308 690	11 531 897	3,20	5,84	3,64	12,68
Юго-Восточная Азия	1 062 373	2 776 662	2 093 276	5 932 311	0,57	1,50	1,13	3,20
Западная часть Тихого океана	2 721 036	4 624 862	2 959 246	10 305 145	1,49	2,54	1,62	5,66
<b>Уровень дохода<sup>3</sup></b>								
Низкий	144 826	399 478	323 979	868 284	0,19	0,51	0,41	1,11
Ниже среднего	1 977 455	4 475 914	3 543 241	9 996 609	0,77	1,75	1,39	3,91
Выше среднего	3 880 669	6 603 520	4 259 087	14 743 276	1,61	2,74	1,77	6,12
Высокий	3 725 300	8 263 597	4 471 607	16 460 504	2,92	6,48	3,51	12,91
<b>Весь мир<sup>4</sup></b>	<b>9 728 249</b>	<b>19 742 509</b>	<b>12 597 914</b>	<b>42 068 673</b>	<b>1,38</b>	<b>2,81</b>	<b>1,79</b>	<b>5,99</b>

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204  
«О национальных целях и стратегических задачах развития  
Российской Федерации на период до 2024 года»

## Национальные цели

- Обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации
- Повышение ожидаемой продолжительности жизни при рождении **до 78 лет** к 2024 г.

### Национальные проекты

Демография

**Здравоохранение**

Образование

Жилье и городская среда

Экология

Безопасные и качественные автомобильные дороги

Производительность труда и поддержка занятости

Наука

Цифровая экономика

Культура

Малое и среднее предпринимательство и поддержка индивидуальной предпринимательской инициативы

Международная кооперация и экспорт

### Отраслевые цели и целевые показатели

Снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей)

**Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь**

Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год

Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

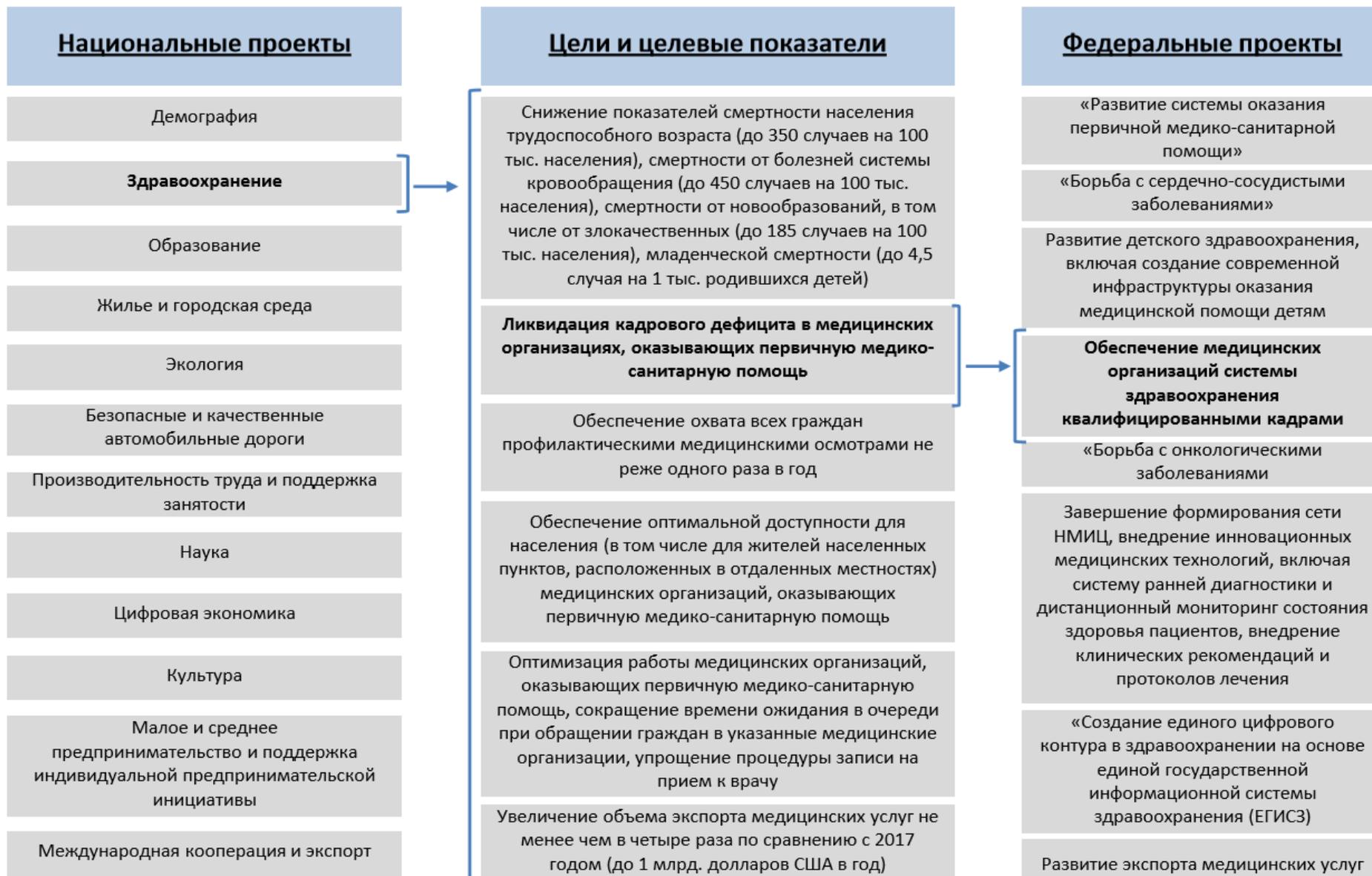
Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу

Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом



# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

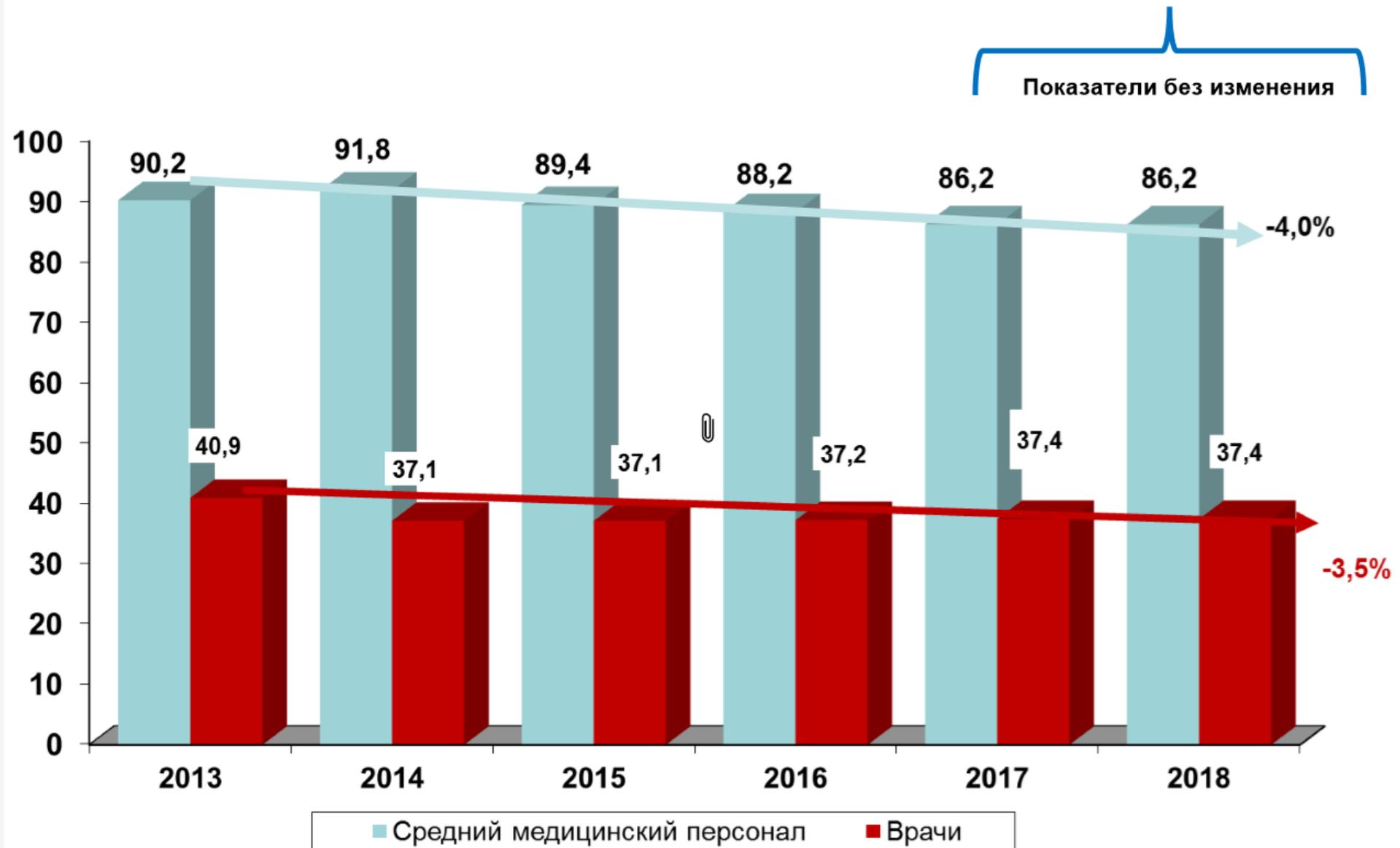
## Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»



ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

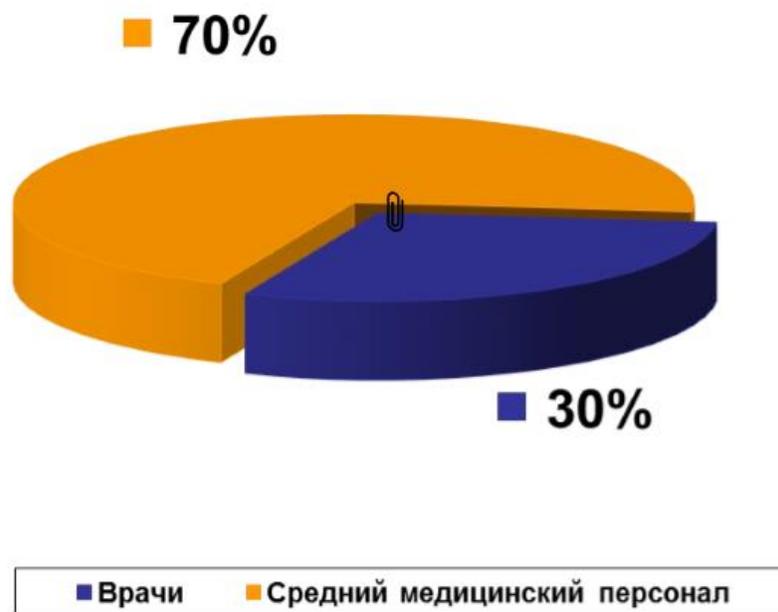


# Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками (на 10 тысяч населения)



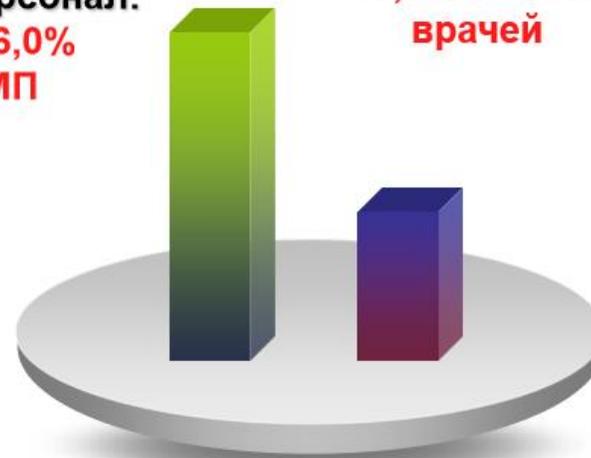
В 2018 году в медицинских организациях Российской Федерации работало более **1,8 млн.** специалистов с высшим и средним медицинским образованием (включая провизоров и фармацевтов)

Врачи и средний медперсонал  
в сельской местности:



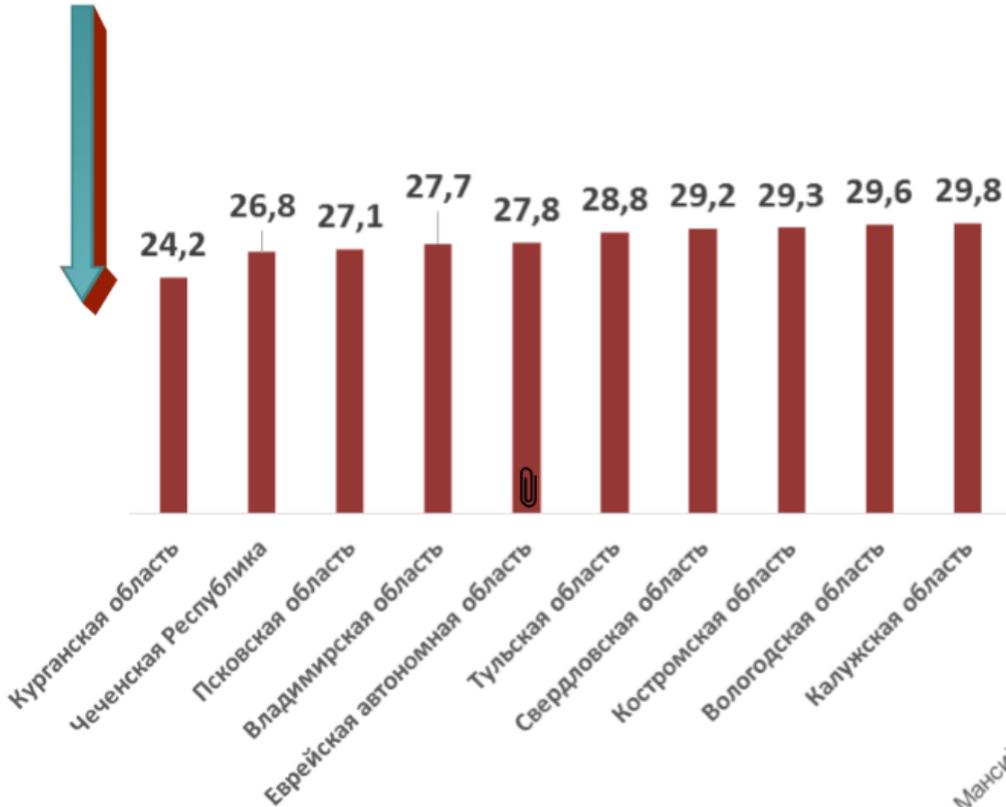
Средний  
медицинский персонал:  
**196,5 тыс. – 16,0%**  
от всего СМП

Врачи:  
**54,4 тыс. –**  
**10,0% от всех**  
**врачей**

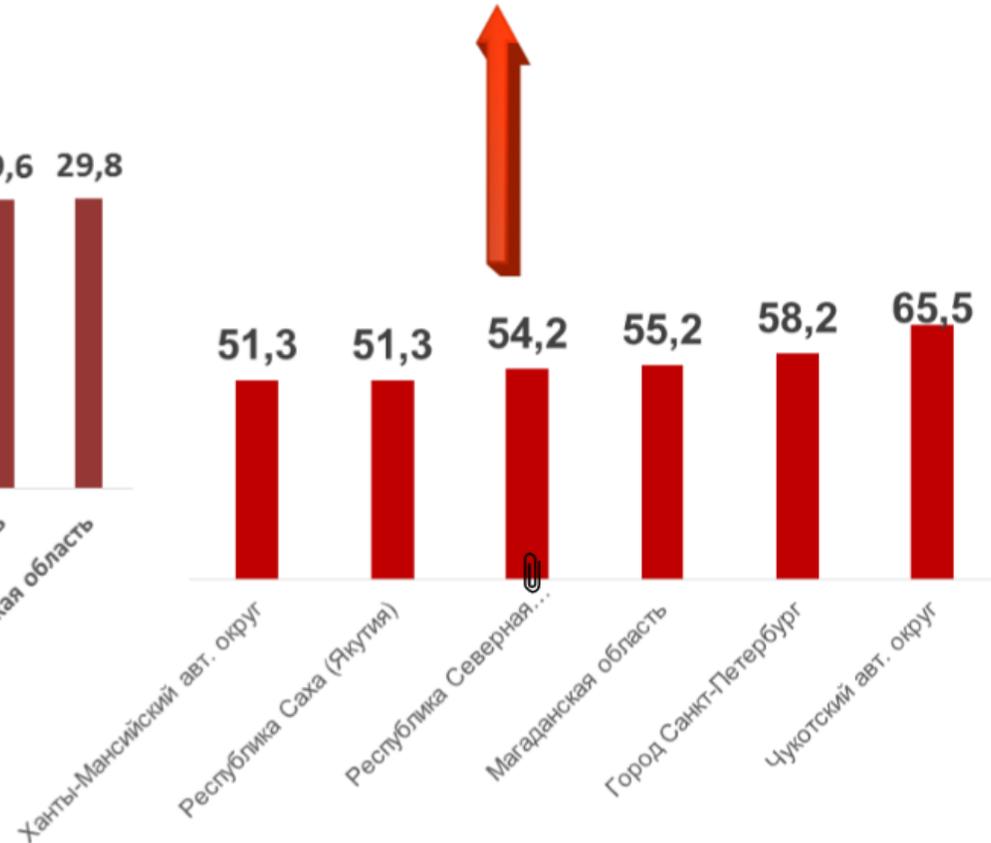


# Обеспеченность врачами – **37,4** на 10 тыс. нас. (2018 г.)

**Низкая обеспеченность**  
(менее 30 врачей на 10 тыс. нас.)

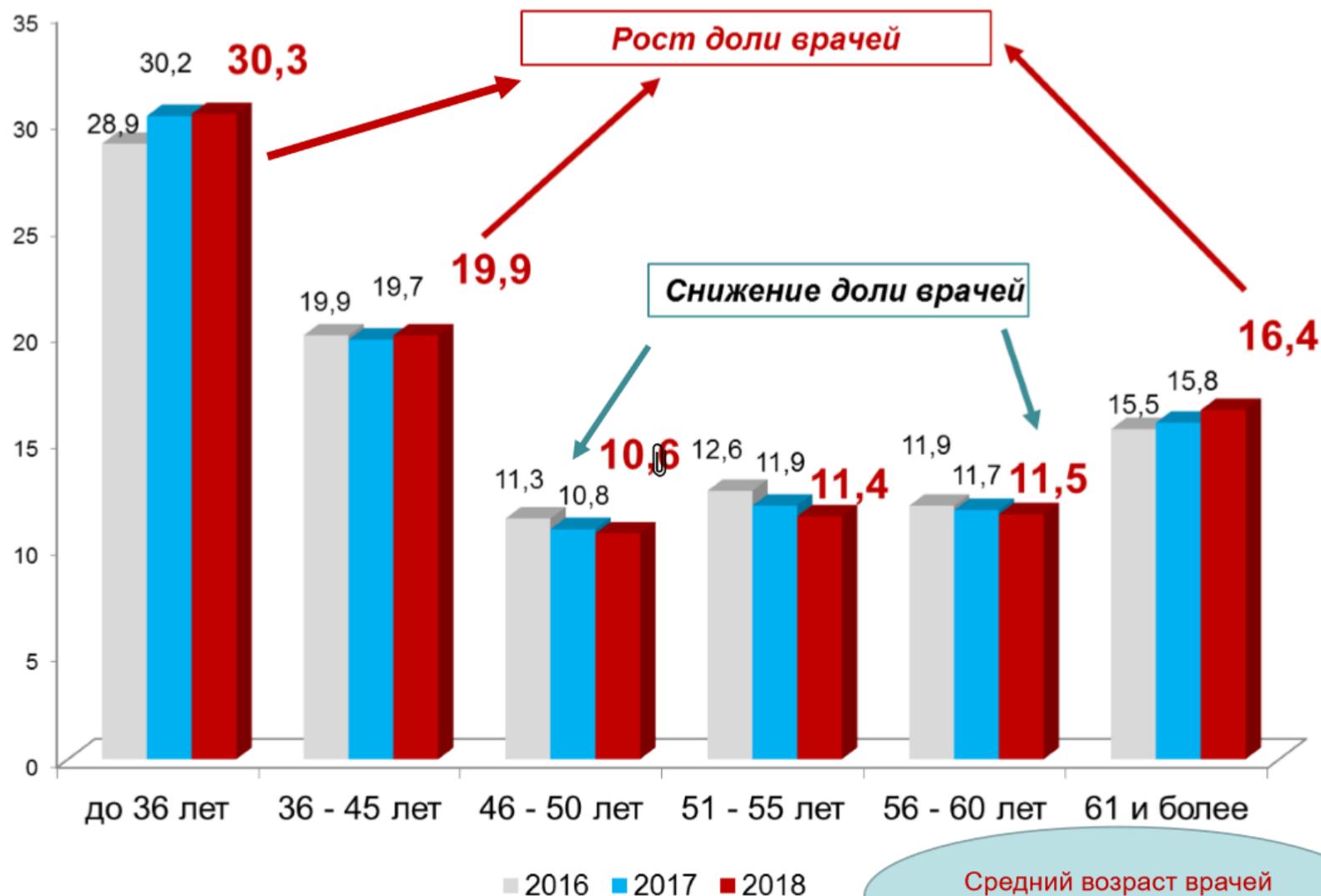


**Высокая обеспеченность**  
(более 50 врачей на 10 тыс. нас.)



**Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет 2,7 раза**

# Возрастная структура врачей (2016 - 2018 гг.)

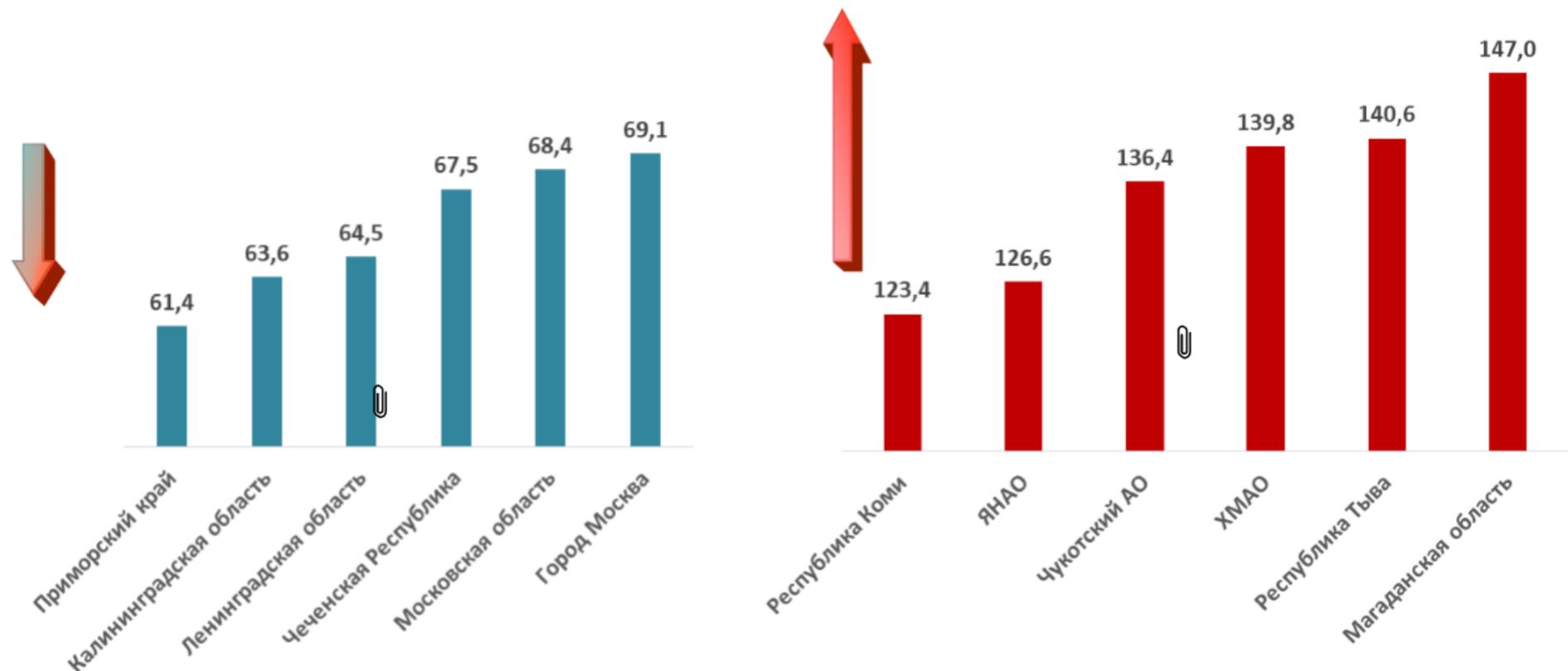


Средний возраст врачей  
– 43,7 лет (не изменился)

# Обеспеченность средним медицинским персоналом 86,2 на 10 тыс.нас. (2018 г.)

**Низкая** обеспеченность  
(менее 70 чел. на 10 тыс. нас.)

**Высокая** обеспеченность  
(более 120 чел. на 10 тыс. нас.)



Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет **2,4 раза**

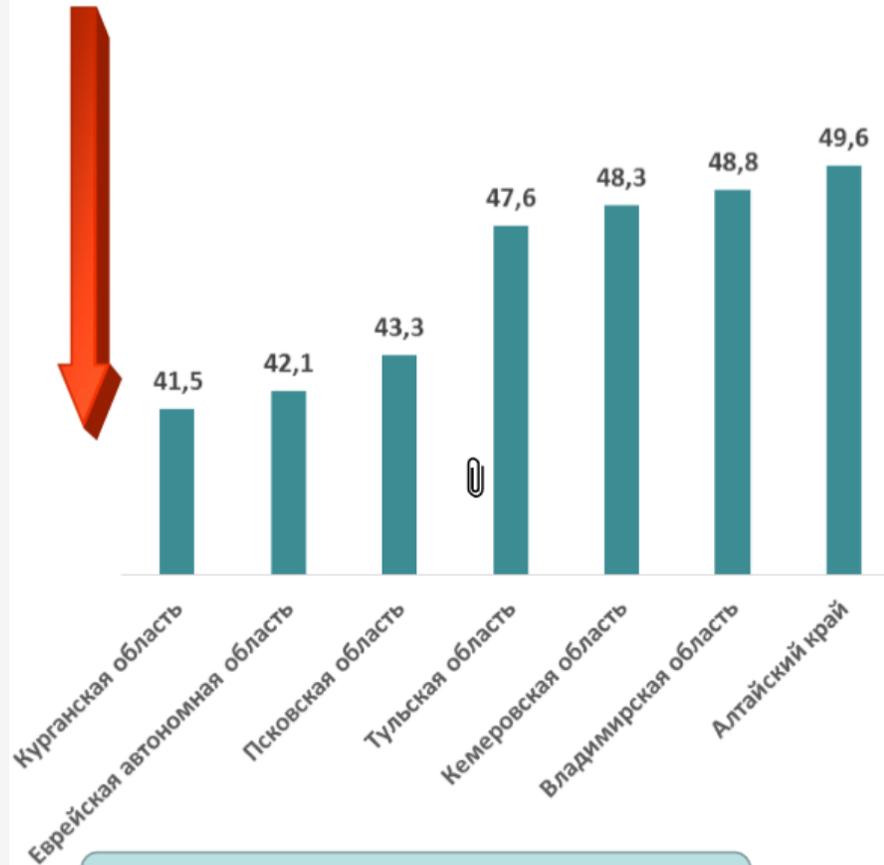
## Укомплектованность медицинскими кадрами в 2018 году, %

	<b>Врачи</b>		
	всего	в том числе:	
		поликлиника	стационар
<b>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ</b>	<b>62,9</b>	<b>67,3</b>	<b>60,0</b>
Северо-Кавказский федеральный округ	71,1	76,0	68,0
Центральный федеральный округ	64,5	67,8	62,6
Южный федеральный округ	63,8	68,6	61,2
Уральский федеральный округ	62,7	68,1	58,0
Северо-Западный федеральный округ	62,5	65,0	62,1
Приволжский федеральный округ	61,7	66,3	58,3
Дальневосточный федеральный округ	60,6	66,4	56,7
Сибирский федеральный округ	58,2	64,1	53,6

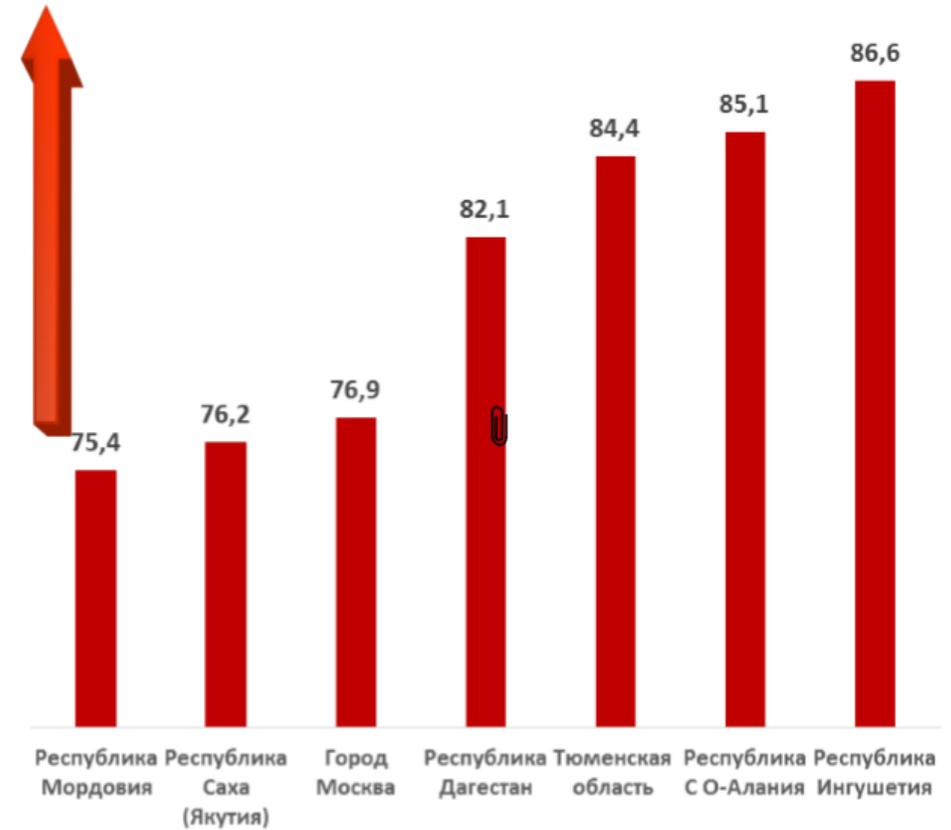
По итогам 2018 года 4 федеральных округа имеют укомплектованность выше показателя по РФ, **максимальный показатель** (71,1%) в Северо-Кавказском, **минимальный** (58,2%) в Сибирском ФО.

## Укомплектованность врачами в субъектах РФ, %, 2018г.

**Низкая** укомплектованность (ниже 50,0%)



**Высокая** укомплектованность (выше 75,0%)



Максимальный дефицит кадров

Разница между высокой и низкой укомплектованностью составляет 2,0 раза

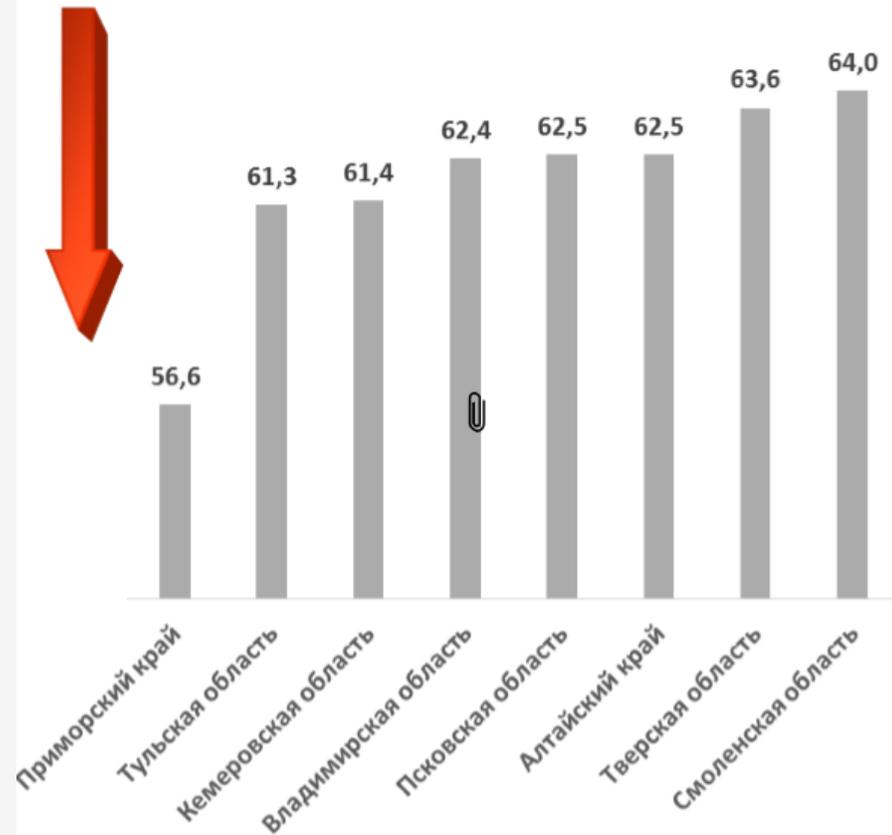
### Укомплектованность медицинскими кадрами в 2018 году, %

	средний мед. персонал		
	всего	в том числе:	
		поликлиника	стационар
<b>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ</b>	<b>74,0</b>	<b>75,2</b>	<b>74,0</b>
Северо-Кавказский федеральный округ	<b>86,5</b>	<b>88,1</b>	<b>87,0</b>
Уральский федеральный округ	<b>77,1</b>	<b>79,8</b>	<b>75,5</b>
Приволжский федеральный округ	<b>76,4</b>	<b>78,4</b>	<b>75,7</b>
Южный федеральный округ	<b>74,6</b>	<b>76,2</b>	<b>74,9</b>
Центральный федеральный округ	72,5	72,0	73,8
Дальневосточный федеральный округ	71,1	73,6	69,9
Сибирский федеральный округ	70,6	73,6	69,1
Северо-Западный федеральный округ	68,1	66,7	70,5

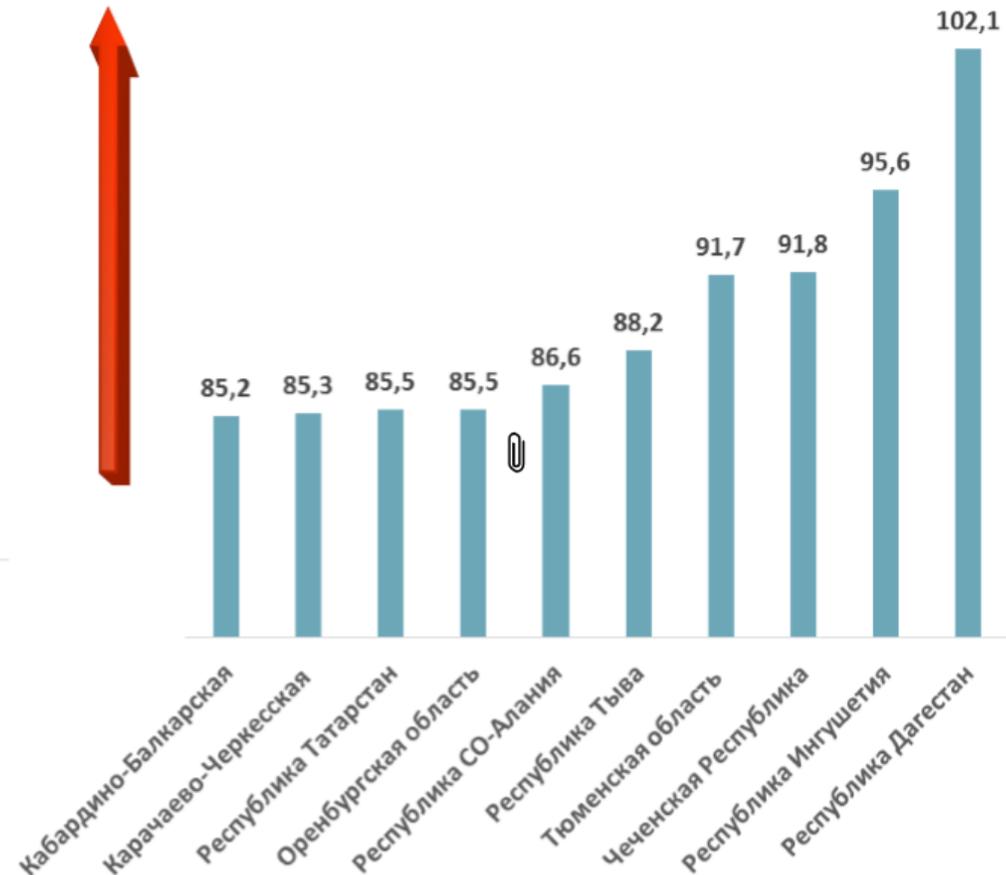
По итогам 2018 года в 4 федеральных округах укомплектованность выше, чем в РФ, **максимальная** в Северо-Кавказском, **минимальная** – Северо-Западном ФО.

## Укомплектованность средним медицинским персоналом в субъектах РФ, %, 2018г

**Низкая** укомплектованность (ниже 65,0%)



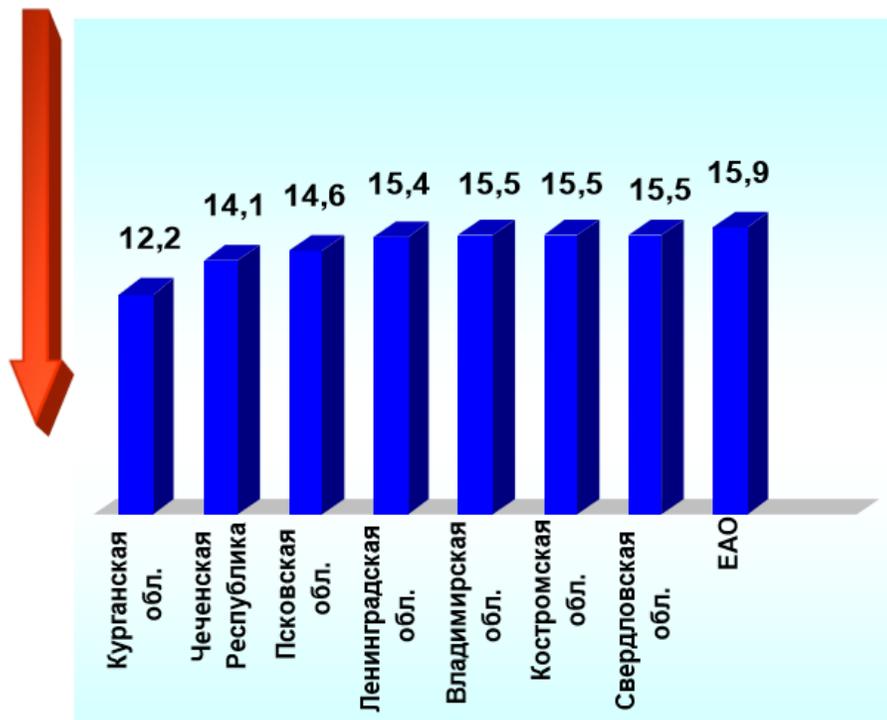
**Высокая** укомплектованность (выше 85,0%)



**Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет 1,8 раза**

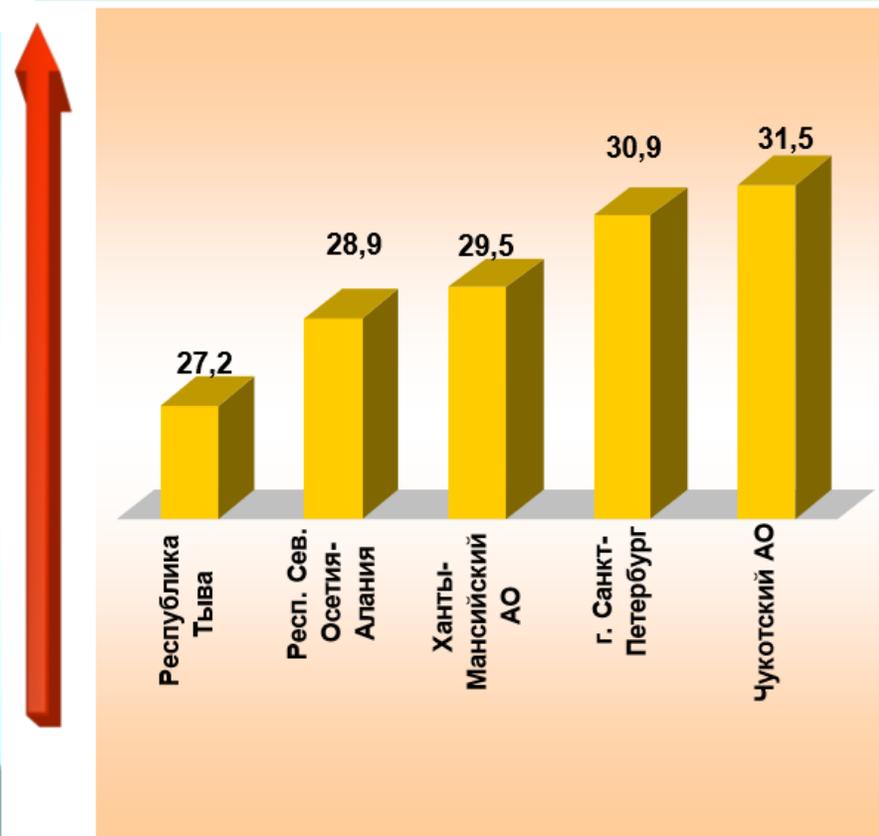
Обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – **20,7** (2017г.), **20,8** (2018г.)

**Низкая** обеспеченность – **16,0** и менее на 10 тыс. нас.



Максимальный дефицит кадров

**Высокая** обеспеченность **27,0** и более на 10 тыс. нас.

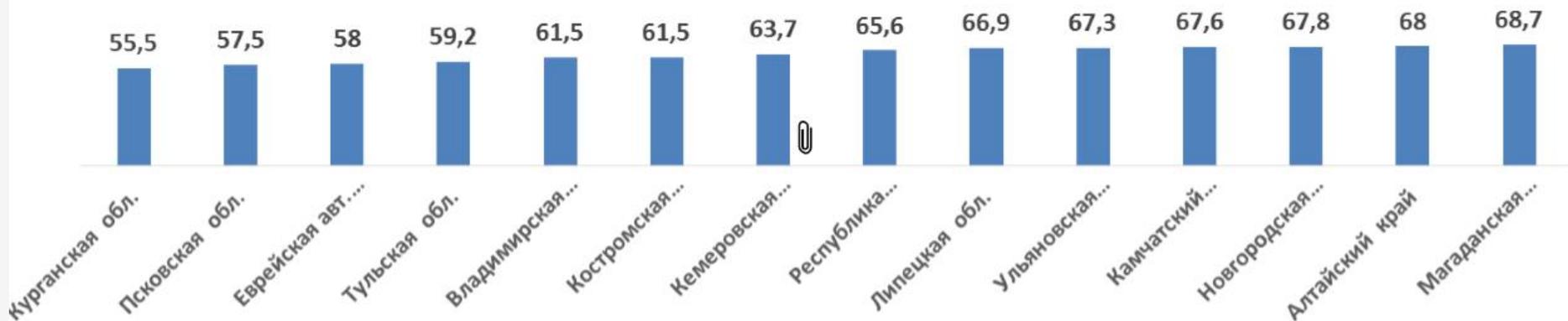
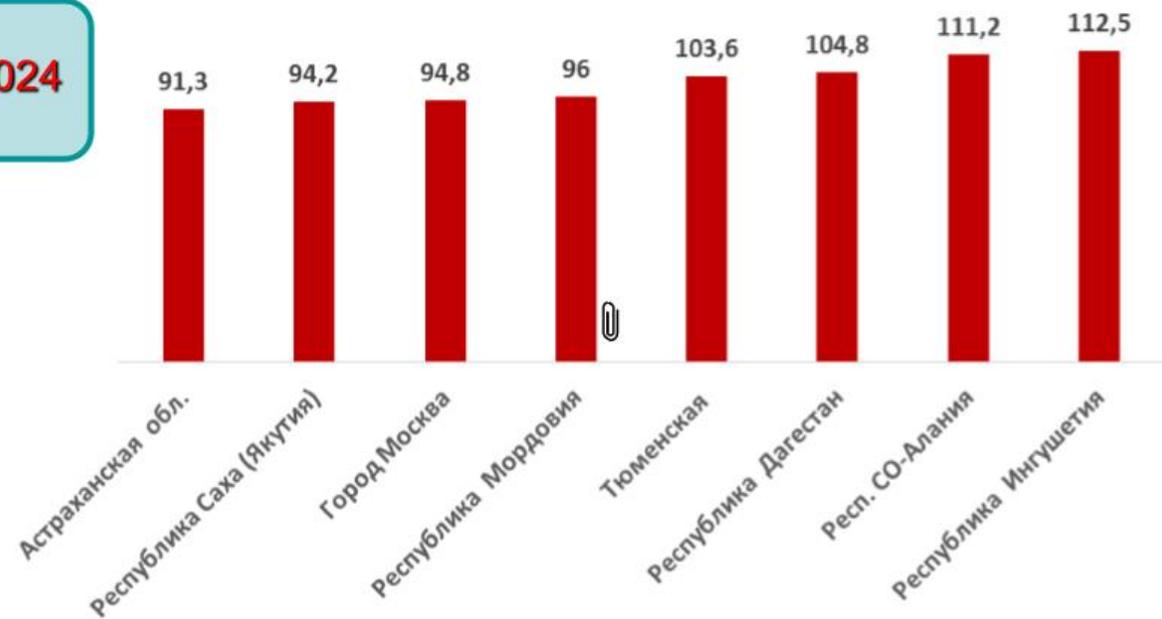


Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет **2,6** раза

**Укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 80,8 % (2018г.)  
(при коэффициенте совместительства 1,2)**

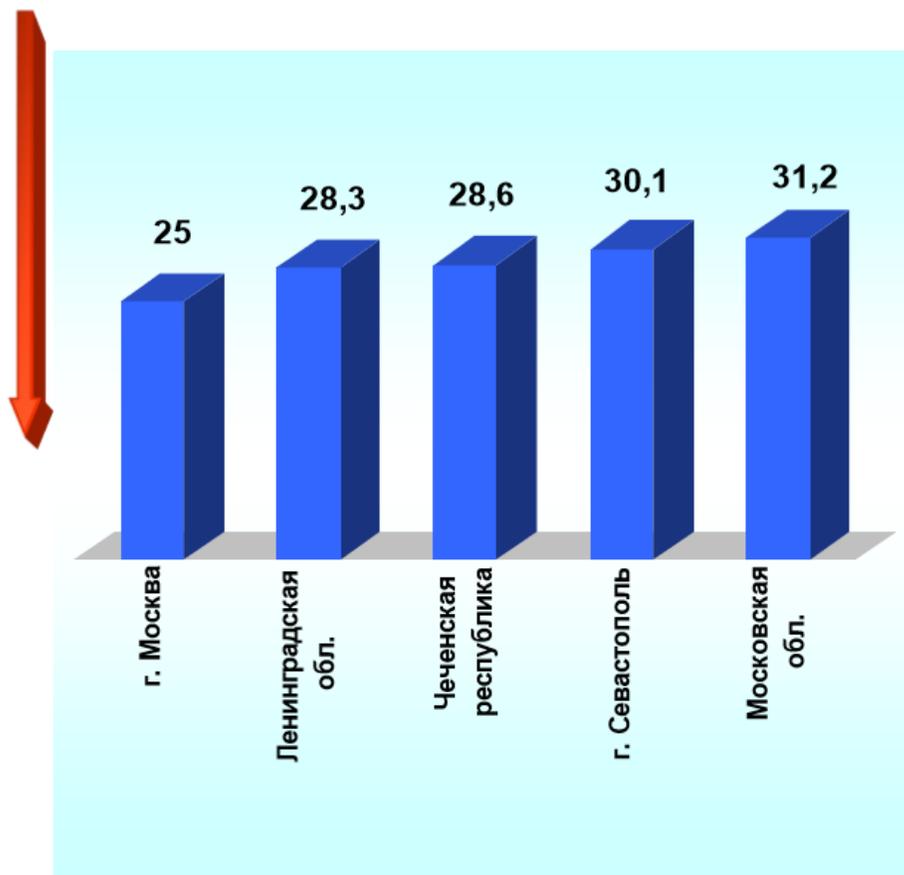
**Целевой показатель  
Национального проекта к 2024  
году – 95,0%**

В ряде субъектов достижение показателя вызывает вопрос

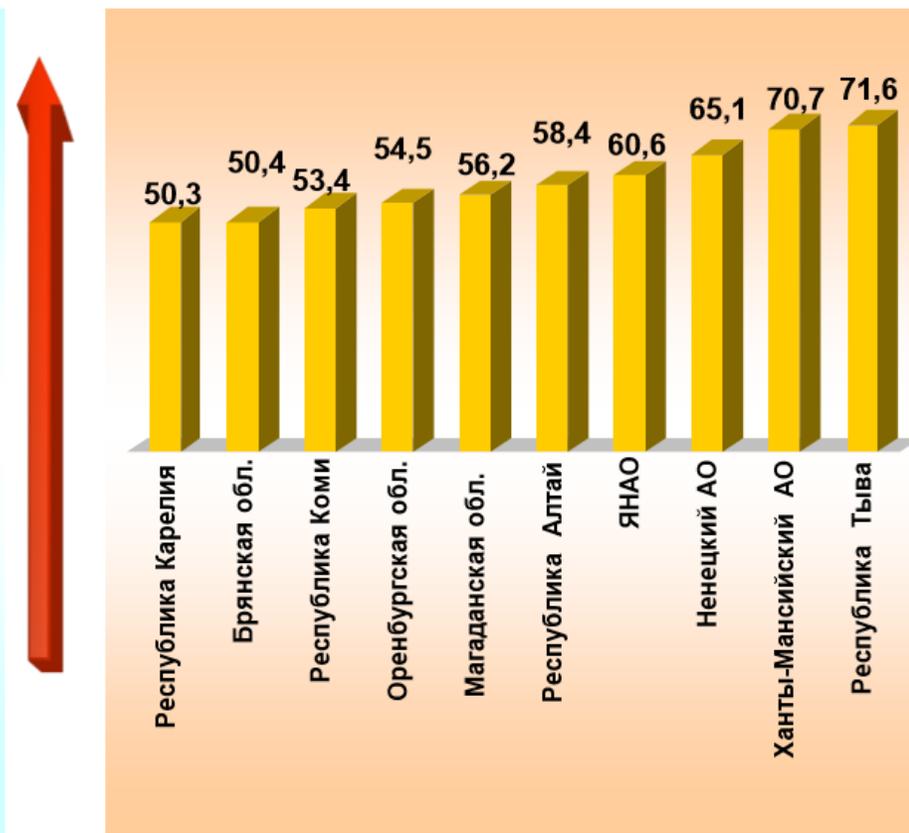


## Обеспеченность населения СМП, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 38,9 на 10 тыс. нас. 2018г.

**Низкая** обеспеченность – **31,0** и менее



**Высокая** обеспеченность **50,0** и более



Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет **2,8** раза

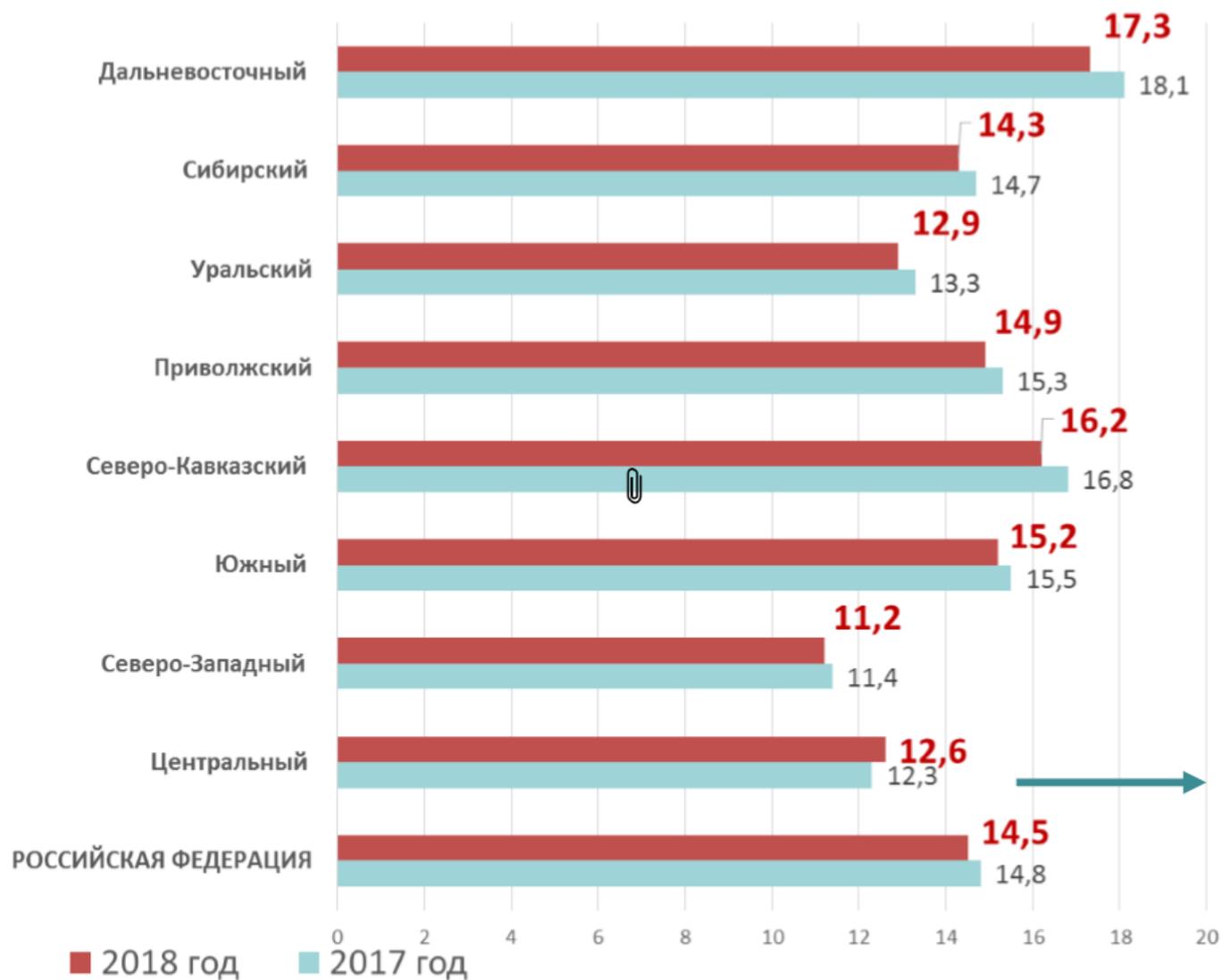
## Медицинские кадры в сельской местности

Проблема – снижение кадров на 2,7%	Врачи		
	2017 год	2018 год	Отклонение, абс. число
<b>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ</b>	<b>55872</b>	<b>54347</b>	<b>-1525</b>
<b>Центральный федеральный округ</b>	<b>8636</b>	<b>8812</b>	<b>176</b>
Северо-Западный федеральный округ	2504	2440	-64
Южный федеральный округ	9565	9351	-214
Северо-Кавказский федеральный округ	8359	7983	<b>-376</b>
Приволжский федеральный округ	12851	12333	<b>-518</b>
Уральский федеральный округ	3080	2973	-107
Сибирский федеральный округ	6588	6364	-224
Дальневосточный федеральный округ	4068	3875	-193



Снижение врачебных кадров в сельской местности произошло в 7 федеральных округах, **максимально** в Приволжском и Северо-Кавказском ФО.

## Обеспеченность врачами в сельской местности на 10000 населения



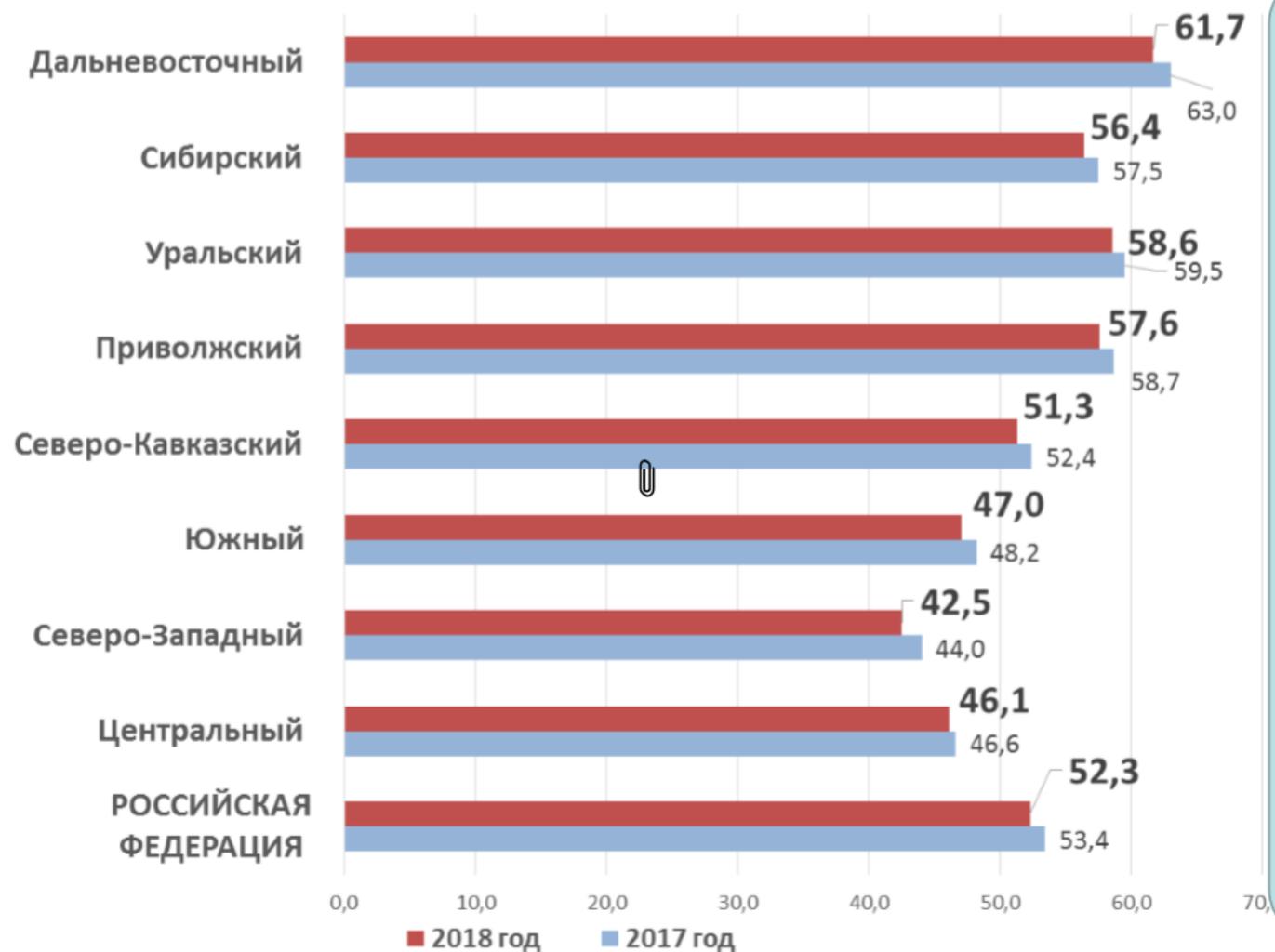
Снижение обеспеченности населения во всех федеральных округах, кроме Центрального ФО

## Медицинские кадры в сельской местности

	<b>Средний медицинский персонал</b>		
	2017 год	2018 год	Отклонение, абс. число
<b>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ</b>	<b>201747</b>	<b>196544</b>	<b>-5203</b>
Центральный федеральный округ	32738	32227	-511
Северо-Западный федеральный округ	9628	9265	-363
Южный федеральный округ	29758	28952	-806
Северо-Кавказский федеральный округ	26073	25308	-765
<b>Приволжский федеральный округ</b>	<b>49166</b>	<b>47819</b>	<b>-1347</b>
Уральский федеральный округ	13791	13475	-316
Сибирский федеральный округ	25740	25064	-676
Дальневосточный федеральный округ	14196	13799	-397

Снижение **СМП** в сельской местности произошло в 7 федеральных округах, **максимально** в Приволжском и Южном ФО.

## Обеспеченность СМП в сельской местности на 10000 населения



Снижение обеспеченности населения во всех федеральных округах, максимальное — Южный и Дальневосточный ФО

# СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ

## КОМПЛЕКС МЕР по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами

Совершенствование планирования и использования  
кадровых ресурсов

Совершенствование системы подготовки специалистов

Формирование и расширение системы материальных и  
моральных стимулов медицинских работников

Мониторинг кадрового  
состава системы  
здравоохранения

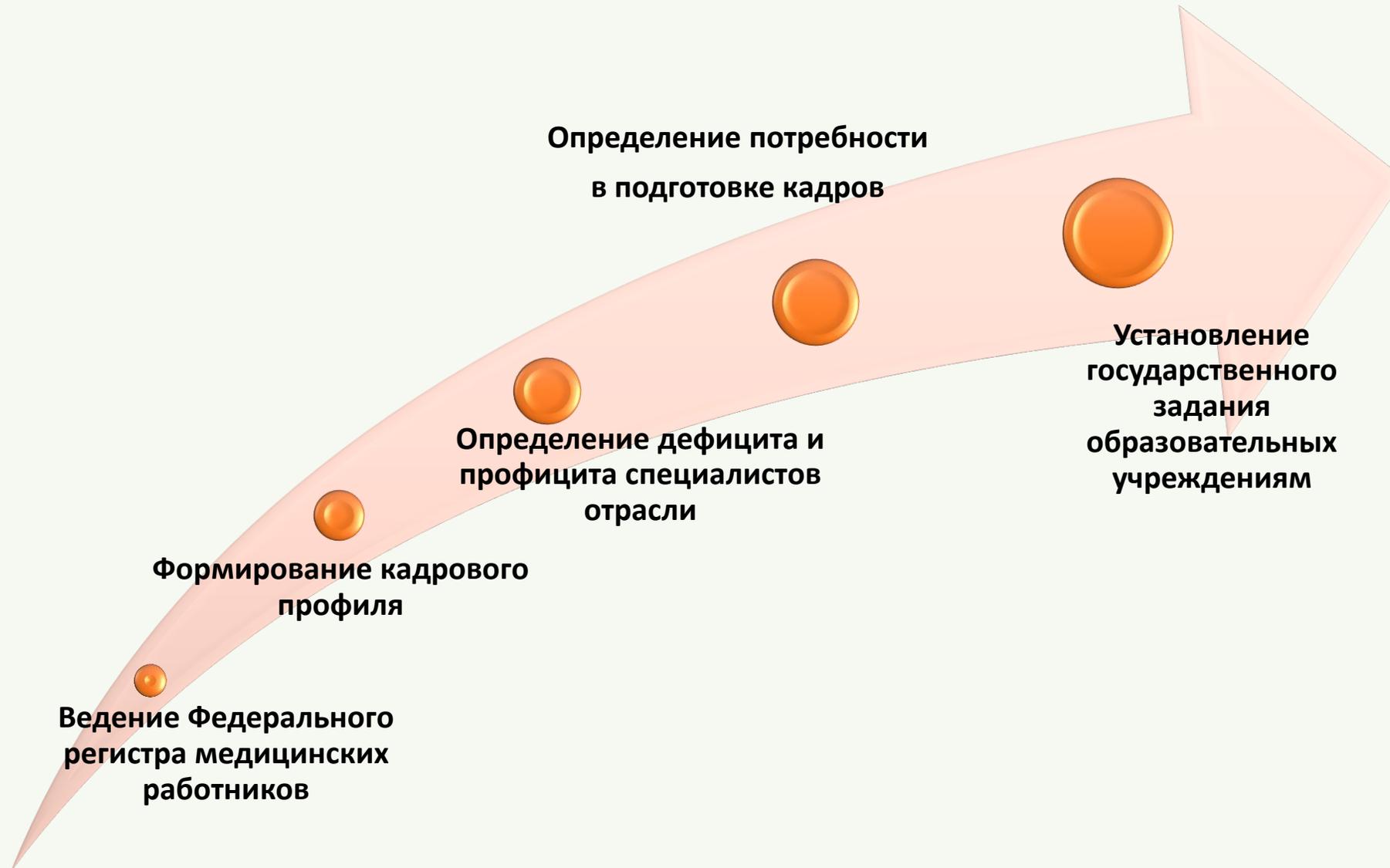
Федеральный регистр  
медицинских работников

Анализ обеспеченности отрасли  
специалистами

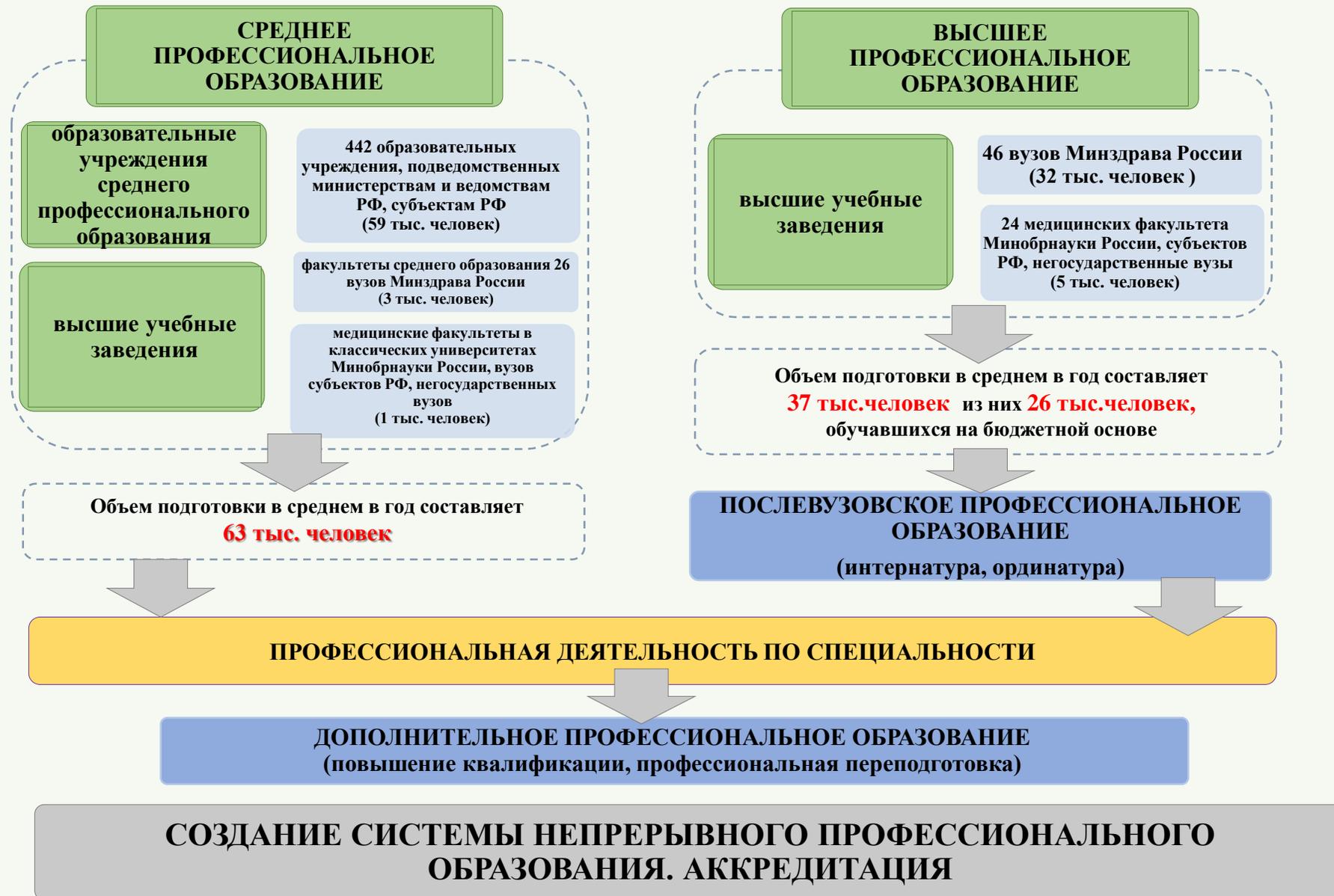
Формирование кадрового профиля

Государственное  
задание на подготовку  
кадров

# КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТРАСЛИ



# ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ



# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРОФ.  
СТАНДАРТ

формирование единых подходов к определению готовности специалиста к занятию соответствующей должности

обеспечение раскрытия современного содержания требований к квалификациям медицинских и фармацевтических работников

## СТРУКТУРА СТАНДАРТА:

- описание типичных трудовых операций в какой-либо профессиональной области
- набор выполняемых заданий
- уровень сложности выполняемой работы
- знания, умения и навыки, необходимые для работы
- опыт работы
- условия работы, место работы



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

## Статья 195.1 Трудового кодекса РФ

**Квалификация работника** - уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника.

**Профессиональный стандарт** - характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности.



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Мотивация. Нормирование и оплата труда.



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



Считаю, речь о любых реформах в здравоохранении ...  
может идти только в том случае, когда эти реформы обеспечивают  
достойную оплату труда  
профессионалов-бюджетников.

Врач... на своей основной работе  
должен получать достаточно,  
чтобы не искать заработков на стороне.

Не выполним это условие – все усилия  
по изменению организационно-экономических механизмов, по  
обновлению материальной базы ...

уйдут в песок



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



*Из Распоряжения  
Правительства РФ  
от 26.11.2012 г. № 2190-р*

**«... системы оплаты труда должны быть адаптированы к новым условиям деятельности учреждений, настроены на решение задач развития соответствующих отраслей, повышения качества оказываемых услуг и обеспечения соответствия уровня оплаты труда работников результатам их труда.»**

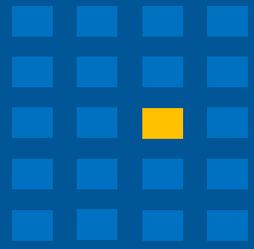


Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

## ПРОГРАММЫ: РОСТ ОПЛАТЫ ТРУДА



КАТЕГОРИЯ РАБОТНИКОВ	К 2018 г. ОТНОШЕНИЕ К СРЕДНЕЙ ОПЛАТЕ ТРУДА В ЭКОНОМИКЕ
ВРАЧИ	200%
СРЕДНИЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ	100%
МЛАДШИЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ	100%



**Мотивация труда.**



# Трудовая деятельность





**Мотивация –  
побуждение себя и  
других к деятельности  
для достижения  
личных целей или  
целей организации.**



## Внутренняя

Интерес к деятельности, со значимостью выполняемой работы, со свободой действий, возможностью реализовать себя, свои умения и способности

Мотивация

## Внешняя

Воздействие внешних факторов, таких как условия оплаты труда, социальные гарантии, возможность продвижения по службе, похвала или наказание руководителя



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

**Мотив труда –  
внутреннее  
побуждение к  
деятельности,  
связанное с  
удовлетворением  
определенных  
потребностей.**





# Виды мотивов труда

## биологические

Физиологические позывы и потребности (голод, жажда, сон и т.д.)



## социальные

- Коллективизм (потребность быть в коллективе),
- Личное самоутверждение (самовыражение),
- Самостоятельность,
- Надежность (стабильность)
- Приобретение нового (знаний, вещей)
  - Справедливость,
  - Состязательность



# Мотивы труда



По потребностям,  
которые человек  
стремится удовлетворить  
средством трудовой  
деятельности



По благам, которые  
требуются человеку для  
удовлетворения своих  
потребностей



По цене, которую  
работник готов  
заплатить за получение  
искомых благ

Удовлетворение потребностей всегда связано с трудовой деятельностью



## Модель мотивации через потребности

Потребности  
(недостаток чего-либо)

Побуждения или  
мотивы

Поведение  
(действие)

Результат (цель)

**Результаты удовлетворения потребностей:**

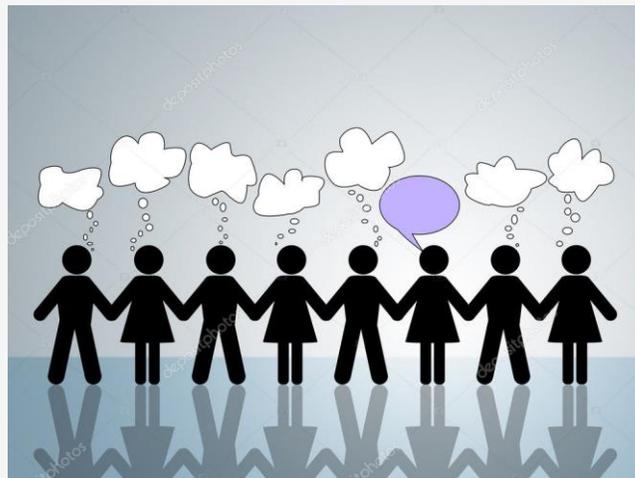
Полное удовлетворение  
Частичное удовлетворение  
Отсутствие удовлетворения



**Мотив труда**  
работник, стремящийся  
получить благо по результатам  
трудовой деятельности



**Стимул труда**  
субъект управления  
обладающий набором благ,  
необходимых работнику и  
предоставляющим их ему при  
условии эффективной трудовой  
деятельности





# Виды стимулирования труда

## Материальное

### Денежное

- Заработная плата,
- Отчисления от прибыли,
- надбавки и доплаты,
- компенсации,
- Ссуды,
- Льготные кредиты

### Неденежное

#### Социальные:

- ✓ медицинское обслуживание,
  - ✓ Страхование,
  - ✓ Путевки,
  - ✓ Питание,
  - ✓ Оплата транспортных расходов
- #### Функциональные:
- ✓ Улучшение организации и условий труда,
  - ✓ Дополнительный отпуск
  - ✓ Гибкий график работы

## Нематериальное

### Социально-психологические:

- ✓ Общественное признание,
- ✓ Повышение престижа персонала, систематическое информирование персонала,
- ✓ Организация корпоративных мероприятий,
- ✓ Регулирование взаимоотношений в коллективе,
- ✓ Участие персонала в управлении организацией

### Творческие:

- ✓ Повышение квалификации, обучение, стажировки,
- ✓ Командировки,
- ✓ Управление карьерой, организация трудовых соревнований

### Свободное время:

- ✓ Дополнительный отпуск,
- ✓ Гибкий график работы,
- ✓ время отпуска.



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



# Установление заработной платы

*Часть 1 статьи 135 Трудового кодекса Российской Федерации*

**Заработная плата** работнику устанавливается **трудовым договором** в соответствии с действующими у данного работодателя **системами оплаты труда.**



# Структура

**Заработная плата = Система оплаты труда**

## **включает:**

- ✓ Оклады (должностные оклады),
- ✓ Доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных,
- ✓ Системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования



## Положение об оплате труда работников



- ✓ Коллективный договор
- ✓ Локальный нормативный акт





## Заработная плата состоит из двух основных составляющих

условно **постоянной**  
**(гарантированной)** части,  
которую при полной отработке  
нормативного рабочего времени  
и качественного выполнения  
трудовых функций получит  
каждый исполнитель

гибкой части, которая  
имеет по  
преимуществу  
**стимулирующий**  
**или компенсирующий**  
характер

- **Зарботная плата** - это форма материального вознаграждения за труд, поступающая в личное потребление работников в соответствии с трудовым вкладом.
- Традиционно, выделяют следующие основные функции заработной платы.
- **1. Воспроизводственная функция** является одной из самых основных и связана с достижением главной цели трудовой деятельности человека – обеспечением средств для существования. Это означает, что заработная плата должна обеспечивать удовлетворение хотя бы минимальных потребностей человека. В связи с этим минимальные уровни оплаты труда определяются в законодательном порядке.
- **2. Компенсирующая функция** выражается в компенсации ущерба здоровью, вызванного вредными, тяжелыми и опасными условиями труда. Обеспечение данной функции выражается в установлении повышений в оплате труда (например, для медицинских работников, принимающих участие в лечении больных туберкулезом, венерическими заболеваниями, СПИД, с нарушением психики и т.д.).
- **3. Оценочная функция** позволяет оценить размер трудового вклада каждого отдельного работника посредством определенных критериев.
- **4. Распределительная функция** позволяет через определение размеров оплаты труда каждого работника распределить между ними фонд средств, выделенных на эти цели : фонд материального поощрения, фонд заработной платы и т.д.
- **5. Стимулирующая функция** в настоящее время приобретает наиболее существенное значение, так как она призвана обеспечивать соответствие уровня оплаты объемам и качеству вложенного труда, нацеливая работников на достижение конечных результатов своей деятельности.

**При организации заработной платы необходимо соблюдать основополагающие принципы**

*механизм индексации ставок и окладов. (повышать при снижении ее затрат на единицу продукции, а также гарантировать ее рост с ростом эффективности деятельности предприятия)*

*государственное и региональное регулирование заработной платы*

*при распределении дохода предприятия на цели потребления и накопления необходимо соблюдение оптимальных пропорций*

*обеспечение равной оплаты за равный труд в пределах одного предприятия*

*недопущение дискриминации в сфере оплаты труда*

*учет конъюнктуры рынка труда*

*принципа простоты, логичности и доступности пониманию работников действующих форм и систем заработной платы*

*обеспечение ее реального роста при одновременном снижении затрат на единицу продукции*



- Различают две основные формы заработной платы работников:
- **сдельная**, когда в основу расчета берется объем работы и расценка за выполнение его единицы;
- **повременная**, когда за основу берется тарифная ставка за час работы или оклад и отработанное время.

- **СДЕЛЬНАЯ ОПЛАТА** рассчитывается на основе количества оказанных медицинских услуг и затрат времени на их выполнение.
- **Индивидуальная оплата** возможна на работах, где труд каждого работника подлежит точному учету. Вознаграждение зависит от количества изготовленной продукции (услуг) и сдельной расценки на единицу изделия (услуги). Если оказываемая услуга, в частности медицинская, состоит из нескольких видов (частей), оплачивается каждая часть по установленной для нее расценке.
- При **коллективной сдельной** оплате труда вознаграждение каждого работника зависит от результатов работы коллектива. При этом распределение коллективного заработка между отдельными работниками производится с учетом личного вклада каждого в общие результаты труда коллектива, чаще всего с помощью коэффициента трудового участия (КТУ).
- **Прямая сдельная** расценка на единицу изделия (услуги) рассчитывается путем деления тарифной ставки разряда оплаты труда медицинского работника на соответствующую норму времени услуги.
- **Сдельно-прогрессивная:** на каждую перевыполненную медицинскую услугу расценка берется выше. Иначе говоря, сдельно-прогрессивная система сочетает прямую сдельную с выплатами по повышенным расценкам в случае выработки сверх норм без снижения качества.
- **Сдельно-премиальная:** кроме прямой сдельной начисляются премии за качество, объем и экономию ресурсов.
- **Аккордно-сдельная система** устанавливает оплату за весь объем работы, а не за отдельную операцию, и премии за сокращение сроков.
- **Косвенно-сдельная** оплата применяется для стимулирования труда вспомогательного персонала, обслуживающего основной технологический процесс (например, медсестры). Ставка вспомогательного работника умножается на средний процент выполнения норм основных работников, либо находится путем умножения косвенно-сдельной расценки на количество медицинских услуг, оказанных основным работником - врачом.

- **Повременная форма** остается основой заработной платы работников бюджетной сферы и рассчитывается исходя из тарифной ставки за час работы или оклада за проработанное время, учтенное табелем. Она подразделяется на простую повременную и повременно-премиальную системы.
- **Простая повременная** - расчет зависит от тарифной ставки или оклада и отработанного времени. Является распространенной системой оплаты труда для специалистов и служащих.
- **Повременно-премиальная:** кроме простой повременной (тарифной ставки) предусматривается получение премии в процентах к окладу за достижение определенных количественных и качественных показателей.
- **Тарифная система оплаты труда** представляет собой совокупность нормативов, с помощью которых осуществляются дифференциация и регулирование заработной платы в зависимости от качества, характера и условий труда. Она позволяет в определенной степени учитывать различия в квалификации работников, сложность, степень ответственности и интенсификации их труда, условия, в которых этот труд протекает

- Теория экономики персонала и многочисленные эмпирические исследования свидетельствуют о том, что продуманная система оплаты и тип контракта, заключаемого с работником, оказывают, как правило, более существенное влияние на его трудовое поведение, чем простое (необусловленное) повышение зарплаты. Именно поэтому сегодня в большинстве стран мира пытаются выстраивать достаточно сложные схемы оплаты труда медицинского персонала, фактически применяя в общественном здравоохранении принцип P4P (pay-for-performance), хорошо известный в бизнесе. P4P часто переводят на русский язык, как «оплату за результат» или «оплату по результатам». Такой перевод, строго говоря, не вполне верен: performance – это процесс деятельности, а не ее итог. Речь идет о том, *как* работник трудится, какие прилагает *усилия*, каково *качество его работы*. Разумеется, от этого зависит и результат, но его часто бывает сложно измерить. Кроме того, результат во многих случаях определяется деятельностью многих работников, и тогда

- В течение долгих лет основными методами оплаты труда медицинских работников в разных странах мира были *гонорар* за оказанную услугу (*fee for service*) и/или *зарплата* (*salary*). Гонорар представляет собой сдельную оплату труда в здравоохранении, а зарплата — повременную. Эти наиболее популярные системы оплаты труда можно также характеризовать как *ретроспективную* и *перспективную* (с точки зрения времени, когда происходит оплата). Действительно, при гонорарном способе врач получает вознаграждение по факту оказания услуги в зависимости от числа пациентов и вида услуг. Размер зарплат, (даже если она формально существует) известен заранее: он не меняется в зависимости от того, сколько пациентов обратится к врачу в течение месяца, каковы будут их

- В последние годы менеджеры здравоохранения и финансирующие агентства по всему миру, озабоченные ростом общих расходов, пытаются внедрять более современные способы оплаты труда, чтобы контролировать издержки и добиваться при этом эффективной работы. Наиболее популярный вариант — *оплата услуг в расчете на каждого прикрепленного к врачу пациента* — capitation fee (может дополняться гонорарами, т.е. не имеет максимума). По сути, это модифицированный гонорарный метод, т.к. оплата услуг врача зависит от числа пациентов. Очевидное достоинство такого способа в том, что он не создает побудительных мотивов для перепроизводства (как в случае гонорара), однако связывает вознаграждение с числом фактически обратившихся к врачу пациентов, т.е. с объемом услуг



## Виды компенсационных выплат



Выплаты работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда



Выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных



Выплаты за работу со сведениями, составляющими государственную тайну





**Порядок, условия и размеры компенсационных выплат устанавливаются коллективным договором и (или) локальными нормативными актами учреждения в пределах всех источников формирования фонда оплаты труда и размеры должны быть конкретизированы в трудовых договорах работников**

Выплаты работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда



Выплаты работникам в связи с особыми условиями труда

Перечень



Выплаты работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда

По согласованию с выборным профсоюзным органом (председателем первичной профсоюзной организации)



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

## Выплаты работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда

статья 147 ТК РФ, п. 5 приложения 3 к приказу ДЗМ от 09.06.2012г. № 531 (с изменениями и дополнениями)



по результатам специальной оценки условий труда (далее – СОУТ)



Перечень должностей работников с указанием конкретного размера (**min размер выплаты составляет 4%**)

Класс условий труда	Степень вредности	Минимальный размер доплаты, % от должностного оклада (ст. 147 ТК РФ)	Доп. отпуск, минимальное количество дней (ст. 117 ТК РФ)	Продолжительность рабочего времени (не более часов в неделю, ст. 92 ТК РФ)
1 класс	Оптимальные условия	-	-	-
2 класс	Допустимые условия	-	-	-
3.1 класс	Вредные условия	не менее 4%	-	-
3.2 класс		не менее 4%	не менее 7 к. д.	-
3.3 класс		не менее 4%	не менее 7 к. д.	не более 36 часов
3.4 класс		не менее 4%	не менее 7 к. д.	не более 36 часов
4 класс	Опасные условия	не менее 4%	не менее 7 к. д.	не более 36 часов



Размер выплаты устанавливать с обеспечением дифференциации в зависимости от степени вредности по результатам (СОУТ)

(Единые рекомендации на 2020 год)



## Компенсационные выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных

За работу в ночное время

За сверхурочную работу

За работу в выходные и праздничные дни

За работу при совмещении профессий (должностей)

Расширение зон обслуживания

Увеличение объема работы

Исполнение обязанностей временно отсутствующего  
работника без освобождения его от работы





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



## Выплаты стимулирующего характера

Молодым специалистам

За эффективность, высокие результаты и качество труда

За наличие квалификационной категории

За продолжительность непрерывной работы в учреждениях государственной системы здравоохранения города Москвы

По грантам Правительства Москвы

Премии и иные стимулирующие выплаты, предусмотренные коллективным договором и (или) ЛНА учреждения



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Стимулирующая выплата за наличие квалификационной категории



Устанавливается:

Специалистам  
с высшим и  
средним  
медицинским  
образованием

В соответствии с  
действующей  
номенклатурой  
специальностей

Действительна на  
всей территории  
РФ в течении 5 лет  
со дня издания  
распорядительного  
акта о присвоении

Размеры выплат учреждение устанавливает  
**САМОСТОЯТЕЛЬНО**, при условии  
достаточной финансовой обеспеченности

«Вторая»

«Первая»

«Высшая»

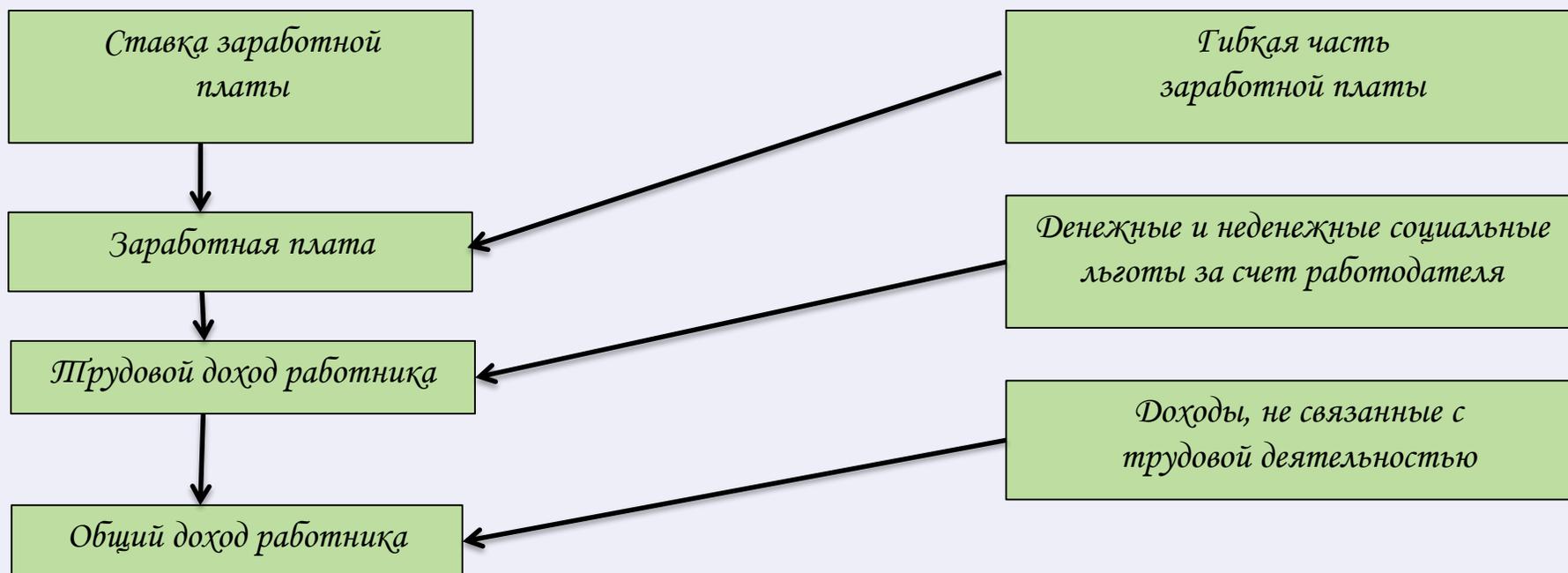
# Трудовой доход работника

Заработная плата и сумма социальных льгот и выплат, получаемых в данной организации, составляют **трудовой доход работника**.

У любого человека могут быть и **нетрудовые** (не связанные с трудовой деятельностью) доходы — от использования принадлежащего ему имущества, инвестиций денежных средств, государственных трансфертных платежей.

**Трудовой и нетрудовой доходы** составляют **общий доход работника**.

## Структура общего дохода работника



## Факторы, воздействующие на заработную плату

**Заработная плата зависит:**

- ✓ от условий производства,
- ✓ от рыночной конъюнктуры,
- ✓ от состояния экономики

**Важнейших фактором, оказывающих влияние на размеры заработной платы, является наличие в стране ресурсов:**

- природные ресурсы,
- производственные фонды,
- уровень техники и технологий,
- количество и качество рабочей силы,
- состояние организации производства

**Группы производственных, социальных, специфических рыночных и институциональных факторов, формирующих уровень заработной платы**

**Производственные**

1. Уровень технологического прогресса
2. Сложность труда и квалификация работника
3. Условия труда
4. Качество трудовой деятельности

**Социальные**

1. Прожиточный минимум.
2. Структура потребительской корзины.
3. Минимальный размер оплаты труда.
4. Форма социальной зарплаты.
5. Условия мобильности труда.

**Рыночные**

1. Уровень занятости
2. Спрос и предложение а рабочую силу.
3. Издержки производства на рабочую силу.
4. Динамика потребительских цен, инфляционные ожидания.

**Институциональные**

1. Госрегулирование на федеральном уровне.
2. Внутрирегиональное регулирование.
3. Деятельность профсоюзов.
4. Деятельность союзов работодателей
5. Система социального партнерства и договорного регулирования.



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

**Единым стандартам оказания медицинских услуг  
— единые стандарты оплаты труда работников!**

**Увеличение  
постоянной  
(гарантированной)  
доли в структуре  
зарботной платы**

**Установление базового  
оклада по первой  
профессиональной  
квалификационной  
группе  
НЕ НИЖЕ  
Минимального размера  
оплаты труда (МРОТ)**

**Исчисление  
среднемесячной  
зарботной  
платы  
НА 1 СТАВКУ**



*Из интервью Министра  
здравоохранения РФ*

**«... МЫ СЧИТАЕМ**  
– и профессиональное сообщество нас поддерживает  
– что **не менее 60 % (а по некоторым оценкам и 75 %) зарплаты** медицинских работников **должен составлять базовый оклад.**

**А вот остальное – это «люфт» на стимулирующие выплаты.»**

**ДИНАМИКА ПОВЫШЕНИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДУСМОТРЕННОГО УКАЗОМ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ от 7 мая 2012 г. № 597 «О МЕРОПРИЯТИЯХ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ»**



# СУТЬ ПРОГРАММЫ: ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

**КАК РАБОТАЛ**



ПОКАЗАТЕЛЬ	К 2018 г.
ДОЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ПЕРЕШЕДШИХ НА «ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ» С РАБОТНИКАМИ	<b>100%</b>
ДОЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОПЛАЧИВАЕМЫХ С УЧЕТОМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	<b>100%</b>

# Что такое эффективный контракт?

Под эффективным контрактом понимается трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его трудовые обязанности, условия труда, показатели и критерии оценки эффективности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки

(Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 года № 2190-р)



# Эффективный контракт

Эффективный контракт - это трудовой договор с работником, в котором **конкретизированы**:

- должностные обязанности (трудовая функция)
- условия оплаты труда
- показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг
- меры социальной поддержки



# Принципы эффективного контракта

- ❑ Доведение до работника его трудовой функции, показателей и критериев оценки ее выполнения, размера вознаграждения в зависимости от результата
- ❑ Установление размера вознаграждения с учетом вклада работника в результат деятельности всего учреждения
- ❑ Условия получения вознаграждения должны быть понятны работодателю и работнику и не допускать двойного толкования



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Принципы разработки показателей и критериев эффективности работы:



*объективность*



*предсказуемость*



*адекватность*



*своевременность*



*прозрачность*





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



# Оплата по труду

(ч. 1 ст. 132 ТК РФ)

**Заработная плата** каждого работника **зависит**

- ✓ от его квалификации,
  - ✓ сложности выполняемой работы,
  - ✓ **количества затраченного труда,**
  - ✓ качества затраченного труда
- и максимальным размером не ограничивается.





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



# Нормы труда

*Статья 160 Трудового кодекса Российской Федерации*

## Нормы труда – это

- ✓ нормы выработки,
- ✓ нормы времени,
- ✓ нормативы численности и
- ✓ другие нормы – устанавливаются в соответствии с достигнутым уровнем техники, технологии, организации производства и труда.



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



# Статья 159 ТК РФ

Работникам гарантируется:

государственное содействие системной организации нормирования труда;

применение систем нормирования труда, определяемых работодателем *с учетом мнения представительного органа работников* или устанавливаемых коллективным договором



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Нормирование труда

– это процесс, с помощью которого организация определяет план физических или умственных затрат работника на производстве, чтобы установить уравновешенные соотношения между усилиями сотрудника и его оплатой.

- это механизм анализа трудовых затрат, которые должны быть выполнены в рамках определенных производственных процессов.

## Функции

- ❖ Планирование деятельности
- ❖ Организация рабочего процесса
- ❖ Распределение обязанностей
- ❖ Оценка деятельности работников для их поощрения





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



# Разработка и утверждение ТИПОВЫХ норм труда (ст. 161 ТК РФ)

Для однородных работ могут разрабатываться и устанавливаться типовые (межотраслевые, отраслевые, профессиональные и иные) нормы труда. Типовые нормы труда разрабатываются и утверждаются в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.



Постановление Правительства Российской Федерации от 11.11.2002г. № 804  
«О правилах разработки и утверждения типовых норм труда»

«Об утверждении методических рекомендаций для федеральных органов исполнительной власти по разработке типовых отраслевых норм труда»

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2013г. № 235



# Виды норм труда



- **нормы времени** — затраты рабочего времени на выполнение единицы работы (функции) или оказание услуги одним или группой работников соответствующей квалификации,
- **нормы обслуживания** — количество объектов (рабочих мест, оборудования, площадей и т.п.), которые работник или группа работников соответствующей квалификации обязаны обслужить в течении единицы рабочего времени,
- **нормы численности** - установленная численность работников определенного профессионально-квалификационного состава, необходимая для выполнения конкретных производственных, управленческих функций или объемов работ.

**ПРИНЯТО** 

## Типовые нормы труда

Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта

**Приказ Минздрава России от 19.12.2016г. № 973н**

Методические рекомендации по определению норм нагрузки социального работника в сфере социального обслуживания

**Приказ Минтруда России от 15.10.2015г. № 725**

Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога

**Приказ Минздрава России от 02.06.2015г. № 290н**



**ПРИНЯТО** 

# Типовые нормы труда

Расчетные нормы нагрузки специалистов по лечебной физкультуре и спортивной медицине	Приказ Минздрава РФ от 20.08.2001г. № 337
Нормы нагрузки логопедов учреждений здравоохранения	Приказ Минздрава РФ от 28.12.1998г. № 383
Рекомендуемые нормы нагрузки на врача-ревматолога на амбулаторном приеме	Приказ Минздрава РФ от 27.05.1999г. № 202
Методика расчета по нормированию труда в системе центров профпатологии	Методические рекомендации № 99/40 Минздрава РФ 11.03.1999
Нормы времени на выполнение основных видов микробиологических исследований.	Методические указания Минздрава РФ 18.01.1999г. № 1100/82-99-23



Нормы нагрузки врачей-психиатров учреждений и подразделение специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций

Приказ Минздрава РФ от 28.12.1998г. № 383

Примерные расчетные нормы времени на проведение магнитно-резонансных исследований

Приказ Минздравмедпрома РФ от 05.04.1996г. № 128

Расчетные нормы времени на проведение микробиологических (бактериологических) исследований в лабораториях клинической микробиологии (бактериологии)

Приказ Минздравмедпрома РФ от 19.01.1995г. № 8

Расчетные нормы времени на функциональные исследования

Приказ Минздрава РФ от 30.11.1993г. № 283

Примерные расчетные нормы времени на проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований

Приказ Минздрава РСФСР от 02.08.1991г. № 132

# Типовые отраслевые нормы времени

на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога

*(приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2015г. № 290н)*



Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста *в связи с заболеванием*, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации):

- ❖ врача-педиатра участкового - 15 минут;
- ❖ врача-терапевта участкового - 15 минут;
- ❖ врача общей практики (семейного врача) - 18 минут;
- ❖ врача-невролога - 22 минуты;
- ❖ врача-оториноларинголога - 16 минут;
- ❖ врача-офтальмолога - 14 минут;
- ❖ врача-акушера-гинеколога - 22 минуты.

Нормы времени на **повторное посещение** врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием устанавливаются в размере 70 - 80% от норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

**Затраты времени** врача-специалиста на оформление медицинской документации должны составлять **не более 35%** от норм времени





# Типовые отраслевые нормы времени

на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта  
(приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.12.2016г. № 973н)

Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста *в связи с заболеванием*, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации):

- врача-кардиолога - 24 минуты;
- врача-эндокринолога - 19 минут;
- врача-стоматолога-терапевта - 44 минуты.

**ПРИНЯТО**

Нормы времени на посещение пациентом врача-специалиста с *профилактической целью* устанавливаются в размере 60 - 70% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием

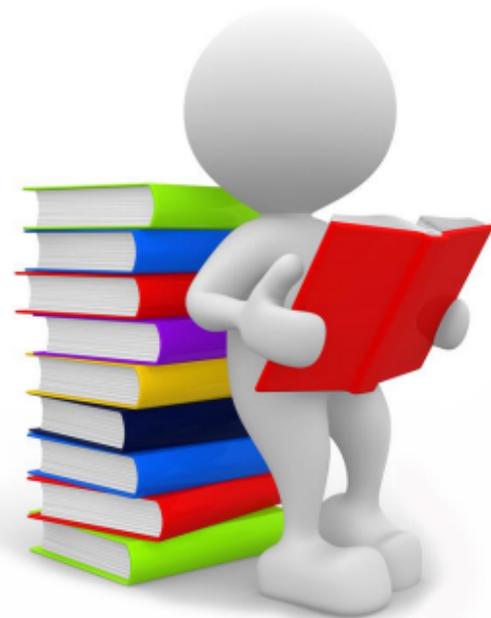
**Затраты времени** врача-специалиста на оформление медицинской документации должны составлять **не более 35%** от норм времени



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

# Методические рекомендации

Министерством труда и социальной защиты  
Российской Федерации утверждены  
методические рекомендации по разработке  
систем нормирования труда



**для государственных (муниципальных)  
учреждений**

Приказ Министерства труда и социальной  
защиты Российской Федерации от  
**30.09.2013г. № 504**



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



## Цели

*Разработка системы  
нормирования труда*

Создание условий,  
необходимых для  
внедрения рациональных  
организационных,  
технологических и  
трудовых процессов,  
улучшения организации  
труда

Обеспечение нормального  
уровня напряженности  
(интенсивности) труда при  
выполнении работ  
(оказании государственных  
(муниципальных) услуг

Повышение эффективности  
и доступности оказания  
медицинской помощи



Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1

Приказ Минтруда РФ от 30.09.2013г. № 504



**Ответственность**  
за состояние нормирования труда  
**несет**  
**работодатель.**

***Организация работы, связанной с нормированием труда***  
**может осуществляться**

**работодателем**

или поручена

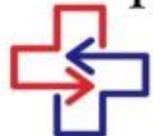
**одному из его  
заместителей**



# Обеспечение нормальных условий работы для выполнения норм выработки (ст. 163 ТК РФ)

Работодатель обязан обеспечить нормальные условия для выполнения работниками норм выработки. К таким условиям, в частности, относятся:

- исправное состояние помещений, сооружений, машин, технологической оснастки и оборудования;
- своевременное обеспечение технической и иной необходимой для работы документацией;
- надлежащее качество материалов, инструментов, иных средств и предметов, необходимых для выполнения работы, их своевременное предоставление работнику;
- условия труда, соответствующие требованиям охраны труда и безопасности производства.





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



# Разработка (определение) системы нормирования труда

(п. 6 приложения к приказу Минтруда РФ от 30.09.2013г. № 504)

осуществляется

специалистами, обладающими необходимыми знаниями и умениями в  
сфере организации и нормирования труда

С учетом численности работников и  
специфики деятельности учреждения для  
выполнения работ, связанных с  
нормированием труда

рекомендуется  
создание

специализированное  
структурное подразделение  
(службы) по нормированию  
труда

при его отсутствии

выполнение работ, связанных с нормированием труда, может быть возложено на структурное подразделение (работника), в ведении которого находятся вопросы кадрового обеспечения деятельности учреждения, организации труда и заработной платы

# Определение норм труда

(п. 8 приложения к приказу Минтруда РФ от 30.09.2013г. № 504)

рекомендуется



проводить анализ

имеющихся типовых норм  
труда

соотнесение их с фактическими  
организационно-техническими  
условиями выполнения трудовых  
процессов в учреждении

## Типовые отраслевые нормы времени

на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога  
(приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2015г. № 290н)

Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации):

- ❖ врача-педиатра участкового - 15 минут;
- ❖ врача-терапевта участкового - 15 минут;
- ❖ врача общей практики (семейного врача) - 18 минут;
- ❖ врача-невролога - 22 минуты;
- ❖ врача-оториноларинголога - 16 минут;
- ❖ врача-офтальмолога - 14 минут;
- ❖ врача-акушера-гинеколога - 22 минуты.

Нормы времени на **повторное посещение** врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием устанавливаются в размере 70 - 80% от норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации должны составлять **не более 35%** от норм времени

ПРИНЯТО

2020

2020

# Нормы труда устанавливаются

Приказ Минтруда России  
от 30.09.2013г. № 504



Срок проведения  
анализа

Не реже чем 1 раз в  
5 лет

**Неопределенный  
срок**

**Временные**  
устанавливаются на  
период освоения тех или  
иных работ при  
отсутствии  
утвержденных  
нормативных материалов  
для нормирования труда  
(не более 3 месяцев)

**Разовые**  
определяются  
работодателем на  
отдельные работы,  
носящие единичный  
характер  
(внеплановые,  
аварийные)

По итогам анализа может быть принято решение о  
сохранении установленных норм труда или о  
разработке новых норм труда





Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения №1



Благодарим за внимание.  
Всем хорошей зарплаты и выполнимых  
норм труда!