

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА И МЕТОДЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Колосницына Марина Григорьевна — к. э. н., доцент ГУ-ВШЭ (г. Москва)

Аннотация

В последние годы рост бюджетных расходов в здравоохранении ставит работодателей перед необходимостью внедрения более эффективных способов вознаграждения персонала. В статье автор рассказывает о достоинствах и недостатках сдельной, повременной и комбинированной форм оплаты труда, возможностях и опасностях оплаты по результатам, необходимости использования как явных, так и неявных внутренних и внешних стимулов мотивации труда в медицине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: явные и неявные стимулы, внешние и внутренние стимулы, ретроспективная и перспективная оплата, гонорарная оплата, смешанные системы оплаты, нематериальные формы компенсации, оплата с учетом результатов

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: АНАЛИЗ СТИМУЛОВ (1 УР.)

В медицине клиническая практика, как правило, индивидуализирована, а ее оценку осуществляет лишь сам пациент. В тех случаях, когда результаты медицинского вмешательства все же анализируют, это обычно означает только привлечение другого мнения, но не систематический сбор информации о состоянии пациентов, способах и результатах лечения. Однако есть опасения, что доминирующие в этой сфере имплицитные механизмы оценки результатов деятельности недостаточно эффективны, поэтому в последние годы все чаще используют явные стимулы мотивации работы врача (как финансовые, так и нематериальные).

Подобные явные стимулы могут применяться для достижения как промежуточных, так и конечных результатов. Например, их можно использовать для привлечения в отрасль новых профессионалов или удержания старых работников (сокращения текучести кадров). С другой стороны, такие стимулы влияют на поведение работников: мотивируют к достижению лучших результатов.

Любое использование явных стимулов работы сотрудников (в первую очередь повышение заработка) должно предваряться тщательным анализом возможных последствий.

Далеко не всегда инвестиции в персонал будут эффективны. Например, если существующие трудовые ресурсы используются не в полной мере, нет смысла их увеличивать, привлекая новых работников растущей заработной платой. Другой пример: в определенных условиях увеличение занятости работников узкой специализации может никак не отразиться на показателях здоровья, тогда как рост численности врачей общей практики и персонала первичной медицинской помощи улучшит эти показатели, возможно, даже быстро. Отсюда ясно, что инвестиции в персонал должны быть избирательными. Вместе с тем, подобные решения требуют корректных оценок существующих зависимостей затрат и результатов, а также собственно возможности оценить эти результаты¹.

Типология стимулов, действующих в медицинской практике, представлена в **табл. 1**. Существует два типа неявных стимулов: внутренние и внешние, и все они основаны на доверии. Так, профессиональные медики — врачи, медицинские сестры и представители других медицинских профессий — получают образование и специальную подготовку, предполагающие определенные обязательства в отношении пациентов, врачебный долг. Клятва Гиппократа — серьезный *неявный внутренний стимул* для медика, а доверие пациентов — *неявный внешний*. Специалисты отмечают, что механизмы доверия — возможно, наиболее эффективные с точки зрения затрат и выгод инструменты стимулирования медицинского труда, во всяком случае, в сравнении с детальными контрактами или тщательным регулированием деятельности медицинского персонала [10]. Однако в последние годы все чаще говорят о нарушении принципов доверия, поэтому необходима регулярная оценка деятельности медицинского персонала и четкие ее критерии.

Таблица 1. Типология стимулов в медицинской практике

	Неявные (имплицитные)	Явные (эксплицитные)
Внутренние	Врачебный долг (клятва Гиппократа), профессиональный интерес	Регулирование (профессиональные организации врачей; страховые медицинские организации)
Внешние	Доверие потребителей	Оплата труда и другие формы компенсации и поощрения

¹ Результаты деятельности медицинских работников в подавляющем большинстве случаев оценивают «от противного»: фиксируют процент медицинских ошибок, включая долю пациентов, погибших по вине врача. Примеры другого рода — оценки позитивных результатов медицинского вмешательства — крайне редки. Их проводит, в частности, британская страховая компания BUPA, используя методику измерения качества жизни пациентов [10]. — *Здесь и далее прим. авт.*

Явные внутренние стимулы могут быть заданы нормами и правилами, устанавливаемыми профессиональными организациями (саморегулирование²), а также коллективными покупателями медицинской помощи, в роли которых выступают государственные органы и страховые медицинские компании. Эти стимулы относят к внутренним, поскольку предполагается, что медицинские работники уже состоялись как специалисты, и их деятельность оценивают и регулируют такие же профессионалы. Здесь, однако, есть опасность оппортунистического поведения, т.к. все нормы и оценки определяют узкие профессиональные группы.

Явные внешние стимулы, о которых пойдет речь ниже, — это те или иные системы оплаты труда, т.е. финансовые рычаги (хотя, строго говоря, компенсация работника может включать не только денежные элементы, но и так называемые non-pecuniary benefits, нематериальные выгоды, например, продолжительные отпуска, гибкий график работы, медицинское или пенсионное страхование за счет работодателя и т.п.). Именно эти инструменты мотивации персонала сегодня все чаще рассматривают в медицинской практике как необходимое дополнение неявных и явных внутренних стимулов.

ЯВНЫЕ ВНЕШНИЕ СТИМУЛЫ: СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА (1 УР.)

Чтобы выстроить ту или иную систему оплаты труда, работодателю нужно ответить на два вопроса.

1. *Каков должен быть уровень оплаты?* В частности, нужно определить следующее: его соотношение с уровнем оплаты аналогичных работников в других организациях той же сферы деятельности; соотношение оплаты в государственном / частном секторе; соотношение со средним уровнем заработной платы в регионе и т.п. Специальные исследования показывают, что человеку свойственно оценивать свое материальное благополучие в сравнении с окружающими. В этом смысле для работников государственного сектора (и здравоохранения в частности) порочным является унифицированный подход, при реализации которого размер зарплаты устанавливают лишь в зависимости от принадлежности работника к определенной должностной и квалификационной категории, а ситуацию на локальном рынке в расчет не берут.

2. *Какова будет форма (система) оплаты: сдельная, повременная или комбинированная?* Одновременно стоит определить структуру заработка (его составные

² Саморегулирование в медицинской профессии имеет давнюю историю (как в Европе, так и в Америке). В большинстве стран специальные объединения с целью разработки и поддержания профессиональных стандартов изначально создавали сами врачи. Позже, как правило, их действия получали законный статус, и те или иные организации становились формально ответственными за лицензирование и/или сертификацию.

части и их веса): какая часть работнику гарантируется с учетом его профессии, должности, квалификационного уровня, стажа и прочих объективных характеристик, а какая — вариативна и зависит тем или иным образом от интенсивности и результатов работы (количественных и/или качественных). Если, определяя уровень оплаты, мы отвечаем на вопрос о том, *сколько* платить, то, выбирая структуру и форму оплаты, мы решаем, *как* платить.

Известная в экономической теории модель эффективной заработной платы Р. Солоу подтверждает следующий факт: усилие работника, а значит, и его продуктивность, связаны с уровнем оплаты труда. Причем до некоторого момента рост усилия и продуктивности опережает рост зарплаты (соответственно, это выгодно работодателю), а затем рост усилия замедляется, и продуктивность растет медленнее, чем зарплата. Как найти золотую середину и какова на практике форма зависимости усилия работника от заработной платы — на эти вопросы пытаются ответить и экономисты, и менеджеры во всех сферах экономики. Так, одно из подобных исследований, лежащее на стыке экономики и психологии, показывает, что у отдельных групп работников есть совершенно четкий «порог»: увеличение зарплаты на сумму, которая не достигает этого предела, не заставит их работать интенсивнее, его превышение (хотя бы на 1%) сразу же повышает мотивацию [13]. Таким образом, если предлагаемый прирост зарплаты оказывается слишком низок, то это выброшенные деньги, и ожидать роста продуктивности не стоит.

Кроме того, мотивация работников связана не только с уровнем, но и со способом оплаты труда. Системы оплаты труда и их эффективность изучает относительно новая наука, получившая название экономики персонала [8].

В самом общем виде можно выделить две основные системы оплаты труда: *сдельную и повременную*. В первом случае работник получает оплату за произведенное количество продукции (товаров, услуг), т.е. за единицу выпуска, *результат*, во втором — за отработанные часы, *вклад временных ресурсов*. Работник приспосабливается к любой системе оплаты труда: там, где можно, снижая уровень своей трудовой активности, объем или качество производимой продукции. Важно, чтобы стимулы человека совпадали с целями работодателя.

К сожалению, стопроцентного соответствия в рамках действующих систем добиться не удастся. Так, при сдельной системе оплаты работника не нужно дополнительно контролировать: ему самому выгодно произвести как можно больше продукции. Однако в этом случае возникают проблемы с качеством, которое всегда страдает в погоне за количеством (нарушаются временные нормы, растет количество брака, возможны травмы при работе со сложным оборудованием и его поломки). Соответственно, нужен постоянный контроль. Кроме того (и это особенно важно в современной экономике услуг), трудно

измерить результат труда отдельного работника. Часто работу ведет команда, выделить вклад одного человека не представляется возможным, и здесь мы сталкиваемся с хорошо известной проблемой «безбилетного пассажира» (это одно из возможных проявлений оппортунистического поведения). Однако даже там, где результаты можно измерить, требуются постоянные дополнительные затраты на контроль.

Вторая система основана на оплате отработанных часов. В данном случае актуальной становится проблема контроля не только качества, но и объемов выпуска: работник фактически получает зарплату за пребывание на рабочем месте. При повременной системе невозможно сравнить эффективность отдельных работников, и зарплату устанавливают, исходя из некоторых «внешних» критериев: образования, опыта, стажа на данном предприятии и т.п. (что вовсе не обязательно определяет продуктивность деятельности). Повременная оплата в общем случае не стимулирует трудовую активность.

Решение о том, какую систему использовать в том или ином случае, определяется многочисленными факторами. Так, основываясь на теоретических моделях предложения труда, Э. Лэзер обосновал следующие общие принципы.

1. Работодателю выгодно платить за отработанные часы, если **издержки измерения выпускаемой продукции** (как это?) слишком высоки. Издержки измерения выпуска и выстраивания индивидуализированной оплаты труда по результатам в таком случае могут превысить те выгоды, которые получит работодатель от мотивации наиболее продуктивных сотрудников.

При сдельной оплате труда основная проблема – измерение выпуска, потому что зарплата в этом случае должна быть пропорциональна объему произведенной продукции. Измерить выпуск легко (и дешево), если речь идет о работе токаря, вытачивающего за смену определенное число деталей. Гораздо труднее (и, соответственно, дороже) измерить выпуск таких работников как, например, офис-менеджер, врач, педагог, ученый. В сфере услуг в принципе измерение выпуска – процесс сложный и дорогостоящий, он требует разработки специальных методик, балльных оценок, привлечения экспертов.

2. Оплата за отработанное время имеет смысл, если оценка результата требует длительного времени. Так, для временных (сезонных) работников, или для тех, чья трудовая карьера подходит к завершению, или для групп, среди которых текучесть кадров очень высока, нет смысла проводить длительный мониторинг результатов их деятельности — отдача будет нулевой.

3. Лучше использовать систему оплаты по результатам, если уровень альтернативной зарплаты работников высок. В таком случае лучшие сотрудники получают за свой труд

больше, чем в среднем предлагает рынок, а худшие, наоборот, меньше, и у них возникнет стимул перейти на другую работу. Произойдет так называемый положительный отбор, выгодный для работодателя и организации в целом.

4. Оплата по результатам имеет смысл для молодых работников. Можно отобрать тех из них, кто очевидно продуктивнее, несмотря на отсутствие опыта работы в данной организации. Для трудящихся в организации долго и накопивших **большой запас специфического человеческого капитала** (не могли бы Вы пояснить эту фразу? Как сотрудник может накопить человеческий капитал?) оплата по результатам уже не обязательна, т.к. альтернативной занятости с более высоким уровнем зарплаты у них обычно нет.

Все работники в экономике имеют определенный запас человеческого капитала, и накапливают его всю жизнь, с рождения и до окончания трудовой карьеры. Когда Вы учитесь в школе или в вузе, посещаете выставки и спектакли, просто читаете книгу или самостоятельно учите иностранный язык – Вы накапливаете свой человеческий капитал. Как любой капитал в экономике, он дает отдачу – в форме более высоких заработков и других «неденежных» характеристик работы. Человеческий капитал, в свою очередь, делится на общий и специфический. Общий может быть использован и полезен в любой организации, например – знание иностранного языка, стандартного программного обеспечения. Переходя с места на место, работник «переносит» его с собой, и везде будет получать соответствующую зарплату, включающую «надбавку» за человеческий капитал. Специфический человеческий капитал приобретается в ходе работы на конкретном предприятии и может быть полезен только здесь, а значит, повышает продуктивность работника только в рамках данной организации. Например – знание структуры управления, особенностей технологических процессов, корпоративной культуры. Все эти знания и навыки, естественно, накапливаются с опытом работы, но отдачу на них в форме более высокой зарплаты нельзя получить в другой организации, там они не нужны.

5. Чем более разнороден персонал по уровню продуктивности, тем выгоднее использовать схемы оплаты по результатам. Если все сотрудники примерно одинаково продуктивны, то введение оплаты по результатам не имеет смысла. Незначительные различия в оплате труда не будут стимулом к лучшей работе, и затраты на введение системы учета и оценки результатов деятельности не окупятся [8].

Поскольку названные выше полярные подходы к оплате труда давно доказали свою неэффективность «в чистом виде», работодатели во всех сферах деятельности стали в последние десятилетия внедрять различные комбинированные схемы в попытках сохранить

достоинства и элиминировать недостатки сдельной и повременной систем. Эта тенденция характерна и для отрасли здравоохранения.

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 зарплаты, (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 жалобы и т.д.

Сами врачи часто говорят о преимуществах гонорарного метода, поскольку он дает им большую свободу в принятии решений, а также увеличивает объемы помощи, оказываемой пациенту [15]. Вместе с тем это не всегда оправданно. Дело в том, что помимо упоминавшихся выше общих недостатков сдельной системы, гонорарный способ оплаты в здравоохранении вызывает очевидный конфликт интересов врача. В условиях явной информационной асимметрии складываются агентские отношения: врач от имени пациента формирует спрос на собственные услуги, сам же их оказывает и получает оплату тем большую, чем больше услуг оказано. В такой ситуации врачу выгодно завышать объем помощи по сравнению с объективно необходимым, выбирать более выгодные процедуры. В результате возникает спрос, спровоцированный предложением [1]. Соответственно, ресурсы отрасли и пациентов расходуются нерационально, пределы же увеличения дохода врача определяются в значительной мере его профессиональной этикой. Недостаток гонорарного способа оплаты проявляется и в том, что не всегда можно выделить вклад конкретного врача в лечение больного, т.к. медицинские услуги становятся все более сложными и диверсифицированными, и часто врачи работают командами.

Зарплата как повременная форма оплаты труда имеет в здравоохранении все те же недостатки, что и в других сферах. Так, возникает побудительный мотив к сокращению времени консультаций и процедур, «перекладыванию» своих обязанностей на других (переадресации пациента к узким специалистам, в стационар), нежелание заниматься тяжелыми случаями и т.д. Мотивация врача при оплате его труда на повременной основе минимальна. Однако есть у этого метода и неоспоримые достоинства: например, автоматический контроль издержек и рабочего времени. Метод повременной оплаты чрезвычайно прост в применении, поэтому получил широкое распространение во многих общественных системах здравоохранения.

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. Кроме того, у врача возникает стимул использовать превентивные меры, не допускать заболевания или его дальнейшего развития. Специалисты также отмечают, что метод capitation fee может способствовать более равномерному географическому распределению врачей по территории страны, поскольку утрачивается стимул для работы врачей в местах сосредоточения богатого населения [15]. Однако у этого метода есть минусы: риск оказания недостаточной помощи пациенту, необходимость контроля качества лечения (как и в случае повременной оплаты труда). Кроме того, у врача возникают стимулы обслуживать только наиболее здоровых пациентов, что не требует излишних сил и времени. Чтобы исключить этот недостаток, приходится вводить корректировку размера подушевого финансирования на факторы рисков обслуживаемого населения (это требует затрат и усложняет систему).

Достоинства и недостатки трех названных систем оплаты труда в здравоохранении представлены в **табл. 2**.

Поскольку ни одна из существующих схем не может быть признана идеальной, сегодня в разных странах мира используют смешанные системы оплаты. Они могут сочетать в себе и повременную оплату (фиксированный уровень оплаты труда, который, как правило, учитывает должность, квалификацию и т.п.), и элементы гонорара: надбавку за результаты, которая становится дополнением к базовому уровню. Часто для разных категорий медицинских работников используют различные системы оплаты.

По сути дела, именно зависимость заработка от результата деятельности заложена в основу современного подхода к оплате труда (Pay-for-Performance, P4P), который используется в частном бизнесе уже не одно десятилетие [12], а в общественном секторе все еще не нашел себе широкого применения. Эффективность подобного подхода неоднократно отмечалась в специальных научных исследованиях (в том числе в форме метаанализа) и в целом не вызывает сомнений.

Таблица 2. Системы оплаты труда в здравоохранении и их возможные экономические эффекты

Системы оплаты труда в здравоохранении	Тип	Экономические эффекты		
		Стимулирует дополнительную активность	Стимулирует сокращение активности	Сдерживает рост затрат на рабочую силу
Гонорарная (fee for service)	Сдельная	Да	Нет	Нет
Зарплата (salary)	Повременная	Нет	Да	Да
Оплата с фиксированным максимумом расходов в расчете на пациента (capitation fee)	Сдельная модифицированная	Нет	Да	Да

Источник: [10, с.148].

Вместе с тем нужно помнить и о неизбежных последствиях для занятости. Во-первых, рост продуктивности труда (который, предположительно, достигается в системах Р4Р) всегда означает частичное высвобождение работников, ставших «лишними»; во-вторых, оплата по результатам провоцирует положительный отбор, или сортировку работников (sorting): она выгодна для наиболее способных, образованных, молодых работников. Для менее квалифицированных, пожилых и сотрудников со слабым здоровьем «гонка за результатами» оказывается не под силу — многие уходят. Исследования показывают, что в организациях, использующих систему Р4Р, оборот рабочей силы значительно снижается [16]. Это выгодно для работодателя, т.к. снижает его издержки на поиск сотрудников и их обучение, но невыгодно для «аутсайдеров», которые могут остаться без работы. Кстати, именно по этой причине введению оплаты, ориентированной на результат, активно сопротивляются многие профсоюзы государственных служащих в Западной Европе.

Основной сложностью при введении системы Р4Р справедливо считают именно разработку объективных критериев оценки результативности, понятных и легко измеримых показателей деятельности работников. Это особенно затруднительно сделать в сфере услуг, где сам «продукт» трудноизмерим, и часто результат отдельного работника сложно выделить. При этом специалисты указывают на необходимость учета не только

количественных, но и качественных показателей, что на практике в организациях государственного сектора происходит значительно реже, чем в частных компаниях [4].

Выстраивая те или иные комбинированные системы оплаты труда, нужно помнить о соблюдении следующих важных условий:

- любое повышение оплаты труда (надбавки, бонусы, премии) должно действительно стоить дополнительных усилий (с точки зрения работника);
- результат должен быть принципиально измерим и соотнесен с действиями конкретного работника;
- возросшая продуктивность работника не должна рассматриваться впоследствии как новый минимальный стандарт [14].

В противном случае повышение оплаты труда либо вообще не будет иметь никакого мотивационного эффекта, либо, в лучшем случае, эффект этот будет кратковременным.

ЯВНЫЕ СТИМУЛЫ: НЕДЕНЕЖНЫЕ ФОРМЫ КОМПЕНСАЦИИ (2 ур.)

Как уже говорилось выше, к явным внешним стимулам относятся не только собственно оплата труда, но и другие возможные формы компенсаций и поощрений, которые часто принимают неденежные формы. Например, Берджес и Меткаф отмечают, что «многие индивиды, не получающие премий за результаты работы, тем не менее, могут быть сильно мотивированы либо возможностью карьерного роста внутри организации, либо предложениями лучшей работы со стороны других компаний» [4]. К сожалению, в общественных системах здравоохранения по всему миру наблюдается крайне примитивный профиль заработка: после достижения определенного уровня его дальнейший рост резко замедляется. Между тем стимулом для работника может быть не сегодняшняя зарплата, а принципиальная возможность ее увеличения в будущем и карьерные перспективы.

Работа важна в жизни человека не только в качестве источника дохода, но и как средство самореализации, возможность творчества, общения с коллегами и т.п. Эти идеи были заложены еще в 1950–1960-е гг. ранними исследованиями в области теории управления [6, 9, 11], которые выявляли и систематизировали потребности человека. Потребности наиболее высокого уровня — самореализация, профессиональный рост, достижения — проявляются более всего у людей интеллектуальных профессий, работающих над сложными проблемами. Удовлетворение этих потребностей становится сильнейшей мотивацией для работника.

Безусловно, общие принципы управления человеческими ресурсами должны использоваться с учетом специфики тех или иных стран и систем здравоохранения, традиций, культуры и т.д. Недавно было проведено сравнительное исследование удовлетворенности работой и мотивации врачей в университетских медицинских центрах Германии и США [7]. Оно показало, что главные факторы удовлетворенности работой, хотя и «пересекаются» в этих двух странах, но все же имеют существенные отличия. И в США, и в Германии врачи указывают на важность их участия в принятии решений, касающихся основных вопросов деятельности клиник (этот фактор на первом месте в Германии и на втором в США). Вместе с тем немецкие врачи ставят на второе место возможность постоянного повышения квалификации и стабильность занятости, на третье — административную нагрузку, далее — взаимоотношения с коллегами и возможность доступа к новым технологиям и оборудованию. Для американских врачей стабильность занятости и финансовые стимулы на первом месте, на третьем — взаимоотношения с коллегами и менеджментом организации, доступ к новым технологиям оказался незначимым фактором.

Для врачей из обеих выборок оказались незначимыми с точки зрения удовлетворенностью работой возможности преподавания и исследований, международный обмен. Для сравнения: недавнее исследование мотивации российских врачей показало, что для них наиболее важны хорошие отношения с коллегами, затем — ощущение приносимой пользы и хорошая заработная плата [2]. Такие факторы, как стабильность занятости, возможности профессионального и карьерного роста оказались гораздо менее значимыми. Этот пример показывает: системы мотиваций не могут быть универсальными, невозможно импортировать их без изменений из одной системы здравоохранения в другую.

Более того, даже в рамках одной национальной системы здравоохранения нельзя полагаться на общие принципы и факторы мотивации персонала. Исследования свидетельствуют, что в подобных сложных и дифференцированных системах работники устраиваются на те места, которые в большей степени удовлетворяют их индивидуальные предпочтения, т.е. осуществляется естественная сортировка работников (в терминах экономики труда). Причем она может происходить как на стадии выбора профессии и обучения, а также дальнейшей узкой специализации, так и позже, когда работник меняет специализацию, проходит дополнительное обучение и т.п. Так, проведенное недавно в Швейцарии исследование мотивации семейных врачей выявило их очевидные отличия от других групп специалистов этой области: они мало интересуются карьерой — для них важен оптимальный баланс между профессиональной и личной жизнью [3]. Среди них больше женщин, семейных людей с детьми, чем в среднем по выборке. Неудивительно, что среди важных факторов, определяющих привлекательность работы, присутствуют возможность частичной (неполной) занятости, гибкий график рабочего времени. Система мотивации для

этой группы врачей должна быть отличной от той, которая применяется, допустим, для специалистов, работающих в стационарах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (1 УР.)

Завершая статью, хочется еще раз подчеркнуть, что идеальной системы оплаты труда в здравоохранении просто не существует: «При любой системе оплаты главное, что определяет поведение врача: этические принципы и приверженность определенным социальным ценностям. Если стандарты в этом смысле низки, никакие финансовые стимулы не заставят врача стать тем, кем он на самом деле не является» [15].

Выстраивая современные комбинированные системы оплаты, сочетающие явные и неявные, внутренние и внешние стимулы, надо помнить: любые подобные стратегии нуждаются в изменениях, по крайней мере, раз в два-три года. Причина в том, что оппортунистическое поведение может свести на нет любой мотивационный эффект, как только работники приспособятся к новым условиям [5]. Совершенствование систем оплаты труда должно быть постоянным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. — М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2009.
2. Шишкин С.В., Темницкий А.Л., Чирикова А.Е. Трудовая мотивация бюджетных работников (на примере врачей). — М., НИСП, 2008.
3. Buddeberg-Fischer B., Stamm M., Buddeberg C., Klaghofer R. (2008). «The new generation of family physicians — career motivation, life goals and work-life balance». *Swiss Medical Weekly*, Vol. 138(21–22), pp. 305–312.
4. Burgess S., Metcalf P. (1999). «The use of incentive schemes in public and private sector: evidence from British establishments». *CMPO Working Paper Series*, 99/015.
5. Evans R.G. (1984). *Stained Mercy: the Economics of Canadian Health Care*. Toronto, Butterworth.
6. Herzberg F. (1966). *Work and The Nature of Man*. Cleveland, Ohio: World Publishing Company.
7. Janus K., Amelung V.E., Baker L.C., Gaitanides M., Schwartz F.W., Rundall T.G. (2008). «Job satisfaction and motivation among physicians in Academic Medical Centers: insights from the Cross-National Study». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 33(6), pp. 1133–1167.

8. Lazear E.D. (1995). *Personnel Economics*. The MIT Press, Cambridge, London.
9. Maslow A. (1954). *Motivation and Personality*. New-York: Harper and Row.
10. Maynard A. (2006). «Incentives in health care: the shift in emphasis from the implicit to the explicit». In: Dubois C.-A., McKee M., Nolte E. (eds.) *Human Resources for Health in Europe*. Open University Press, McGraw-Hill Education, pp. 140–154.
11. McClelland D.C. (1963). *Achievement and Entrepreneurship: a Longitudinal Study*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
12. Meyer H.H. (1975). «The pay for performance dilemma». *Organizational Dynamics*, Vol. 3, pp. 39–50.
13. Mitra A., Gupta N., Jenkins Jr. J.D. (1997). «A drop in the bucket: when is a pay raise a pay raise?». *Journal of Organizational Behavior*, Vol.18, pp. 117–137.
14. Owen A.V. (1995). «Getting the best from people». *British Medical Journal*, Vol. 310, Iss.6980, p. 648.
15. Saltman R.B., Figueras J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. WHO.
16. Williams C.R., Livingstone L.P. (1994). «Another look at the relationship between performance and voluntary turnover». *Academy of Management Journal*, Vol. 37, pp. 269–298.