

Новая система оплаты труда медицинских работников в российских регионах: первые результаты по данным мониторинга экономики здравоохранения

Вплоть до 2008 года в государственном секторе российской экономики официально действовала система оплаты труда, основанная на единой тарифной сетке (ЕТС). В последние годы специалисты единодушно оценивали ее резко отрицательно: ЕТС не предусматривала взаимосвязи заработков и результатов труда работника, премиальные выплаты превращались в постоянные надбавки, не выполнявшие стимулирующей функции, в целом система отличалась низкой гибкостью. В настоящее время в бюджетном секторе проходит реформа оплаты труда, которая затронула и отрасль здравоохранения. Новая система оплаты труда (НСОТ) предполагает внедрение рыночных принципов в общественном секторе. Она призвана более четко дифференцировать заработную плату, привести ее в соответствие результатам труда. Предполагается также, что НСОТ поможет устранить диспропорции в структуре занятости, которые свойственны общественному сектору. Важной характеристикой новой системы является возможность перераспределения ФОТ при сокращении численности персонала и направления средств от предпринимательской деятельности на оплату труда. Таким образом, возникает стимул сокращать избыточных (менее производительных) работников, повышая продуктивность работающих за счет роста оплаты труда.

Суммируя, можно сказать, что новая система отличается *меньшей жесткостью*: руководитель учреждения может в пределах располагаемых средств увеличивать как базовые оклады, так и компенсирующие выплаты. Стимулирующие надбавки устанавливаются учреждением самостоятельно, при этом есть возможность оценивать результаты работы каждого и существенно *дифференцировать итоговую оплату труда*.

Уже в 2007 году ряд российских регионов начали вводить НСОТ в учреждениях здравоохранения, в 2008-2009 году процесс перехода продолжался. Ожидалось, что принятые меры дадут возможность как поднять общий уровень оплаты труда (в том числе, за счет оптимизации численности персонала), так и сделать систему оплаты более дифференцированной и мотивирующей работников. Оценка результатов введения НСОТ в регионах затрудняется, однако, следующими обстоятельствами:

1. Сам процесс перехода на НСОТ, начавшийся в 2007 году, совпал с реализацией мер Национального приоритетного проекта «Здоровье», в рамках которого был значительно увеличен средний уровень оплаты труда медицинских работников. Таким образом, повышение средней заработной платы происходило как в тех регионах, что вводили НСОТ, так и в тех (большинстве), что не вводили; выделить роль новых систем оплаты «в чистом виде» поэтому затруднительно. Повышение заработной платы медицинских работников наблюдалось не только в номинальном и реальном выражении, но и в отношении средней заработной платы в экономике (рис. 1, данные за 2009 год - ноябрь);

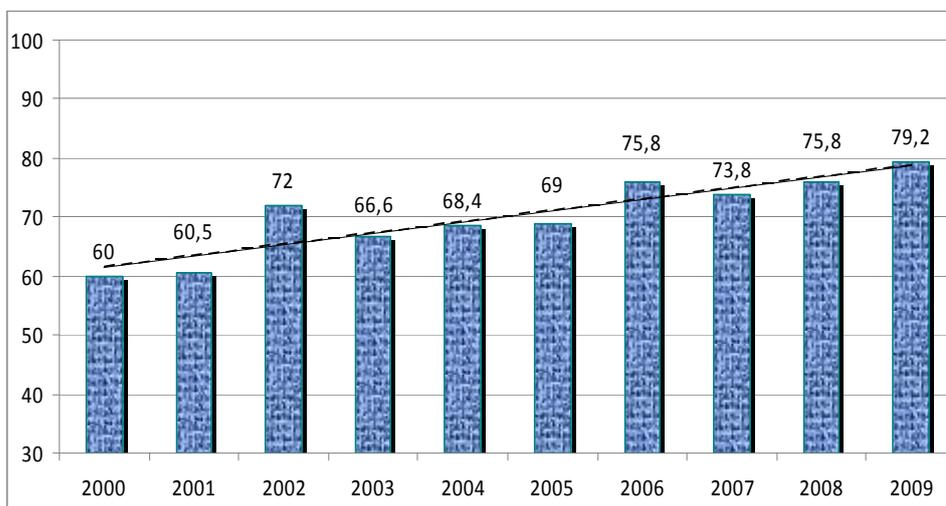


Рис.1. Соотношение средней заработной платы в отрасли здравоохранения и средней заработной платы по экономике, в % (по данным Росстата)

2. Дальнейший переход на новую систему оплаты труда в 2008 году был приостановлен кризисом – если федеральные учреждения, в соответствии с принятыми нормативными актами, должны были завершить переход к декабрю 2008 г., то учреждения, находящиеся в региональном и муниципальном подчинении, зачастую откладывали введение НСОТ на 2009 и даже 2010 гг. Многие учреждения, уже завершившие переход, в условиях бюджетного дефицита не смогли увеличить ресурсы, выделяемые на оплату труда. В 2008 году статистика впервые зафиксировала изменение наблюдавшейся долгие годы тенденции роста занятости в отрасли здравоохранения. Прирост занятости по сравнению с 2007 годом составил всего около 9 тысяч человек (4459,5 тысяч занятых в 2008 году против 4450,9 тысяч в 2007-м, или + 0,2%). Очевидно, прекращение роста занятости в здравоохранении в 2008 году связано с общей кризисной ситуацией – в целом в экономике за этот год занятость сократилась примерно на 200 тыс. человек. В 2008 году впервые за последние тринадцать лет снизилась численность врачей - как в абсолютном выражении (с 707,3 до 703,8 тыс. человек), так и в относительном (с 49,8 до 49,6 в расчете на 10 000 человек населения) (см. рис. 2):

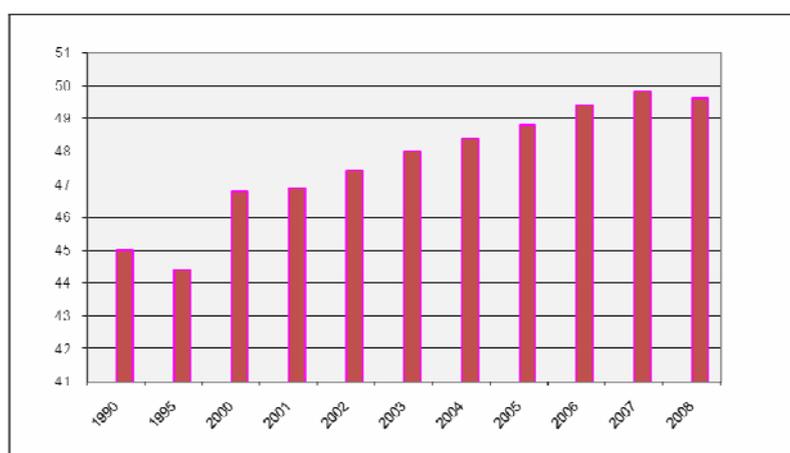


Рис.2. Численность врачей на 10000 человек населения РФ, 1990-2008 гг.(по данным Росстата)

Стабилизация уровня занятости в здравоохранении, наблюдаемая в целом по стране в 2008 году, характерна, однако, не для всех регионов в равной степени. Выделяются три

группы регионов: большинство – примерно две третьих от общего числа, где занятость была стабильной по отношению к 2007 году (в диапазоне $\pm 1\%$ изменений), 14 регионов, где занятость сокращалась на 2% и более, и 13 регионов, где она продолжала расти, как и в прежние годы (прирост от 2 до 8%). Рост занятости был характерен в 2008 году как для экономически сильных регионов (Москва и Санкт-Петербург, Московская, Ярославская, Тюменская области), так и для самых «слабых», дотационных регионов (Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика, республики Алтай, Бурятия, Тыва, Волгоградская область). Последняя группа отличается наиболее высокими показателями безработицы и бедности, так что занятость в здравоохранении (как и вообще в государственном секторе), становится здесь в ситуации кризиса единственной реальной альтернативной безработицы. Поэтому сложно говорить о влиянии НСОТ на оптимизацию численности медицинского персонала в тех регионах, где высока напряженность на локальных рынках труда.

3. Увеличение законодательно установленного минимального размера оплаты труда до 4330 рублей с 1 января 2009 года внесло существенные коррективы в ход реформы оплаты труда: в условиях ограниченного финансирования средства зачастую перераспределялись в направлении работников низших профессионально-квалификационных групп, тогда как более квалифицированные работники практически не получали дополнительных стимулирующих выплат; система стала приобретать уравнилельный характер, что прямо противоречит изначальной идее дифференциации оплаты труда.
4. Слабая информационная и методическая обеспеченность реформы сделала переход к новой системе оплаты во многих учреждениях формальным, не все сумели разработать критерии и процедуры оценки персонала, которые должны лежать в основе НСОТ.

Мы попытались оценить введение новой системы оплаты труда работников на примере медицинских учреждений трех российских регионов, где проводился мониторинг экономических процессов в здравоохранении¹. Процесс перехода начался в 2008 году во всех трех рассматриваемых регионах, однако проходил неравномерно: если в регионах А и С к моменту опроса все попавшие в выборку учреждения завершили переход, то регион В в 2009 году приостановил процесс введения новой системы, в результате чего 12 из 14 попавших в выборку учреждений не перешли на НСОТ. Всего из 46 рассматриваемых учреждений за 2008-2009 годы перешли на новую систему оплаты 34, что в целом можно оценить позитивно, имея в виду наблюдавшееся в 2009 году кризисное состояние экономики.

Главным врачам, чьи учреждения перешли на новую систему оплаты, задавали ряд вопросов с целью выяснить, насколько фактическое состояние дел согласуется с основными принципами, заложенными в нормативных документах реформы. В большинстве случаев решение о размере стимулирующих и компенсирующих надбавок принимают руководители разного уровня (главный врач – 38% опрошенных, руководитель отделения – 53%). 66% отметили участие других сторон: назывались экспертный совет, экономический совет, клиничко-экономическая комиссия, совет бригады и т.п. На прямой вопрос о том, участвует ли какой-либо коллегиальный орган в принятии решений о порядке распределения надбавок, 97% опрошенных главврачей дали

¹ Мониторинг проводился в октябре-ноябре 2009 года Аналитическим центром Юрия Левады по заказу ЦФИ ГУ-ВШЭ. Опрос проводился в трех регионах России, различающихся по уровню социально-экономического развития: регион типа А – развитый, тип В – средний уровень развития, и тип С – аутсайдер. Опрашивались отдельно главные врачи, отдельно – врачи, средний и младший медицинский персонал учреждений. Анкеты содержали вопросы об условиях работы и экономическом положении медицинского персонала. Всего в трех регионах было опрошено 46 главных врачей медучреждений и более 1500 медицинских работников.

положительный ответ. Соотношение постоянной и переменной части в общей сумме оплаты труда медперсонала составляет сегодня примерно 75:25. Однако сложившаяся пропорция не вполне устраивает руководителей, желаемое соотношение они видят как 65:35, очевидно ожидая большей отдачи от стимулирующей компоненты оплаты труда.

В целом влияние НСОТ на результаты деятельности учреждения оценили положительно 56% опрошенных, еще 31% не видят пока никаких изменений, и лишь 13% однозначно высказываются отрицательно. 67% опрошенных, тем не менее, считают необходимым дальнейшее совершенствование системы оплаты труда за счет уточнения критериев назначения надбавок, повышения их доли; 30% считают, что систему оплаты нужно формировать на принципиально других подходах. Важно, что *ни один руководитель медицинского учреждения не согласился с вариантом возврата к прежней системе ЕТС и все считают, что систему совершенствовать в принципе нужно.*

Результаты введения НСОТ можно попытаться косвенно оценить по ответам главных врачей на вопрос об изменениях в отношении к труду, произошедших за 2 последних года. Из 12 главврачей, в чьих учреждениях не вводилась НСОТ, 10 дали однозначный ответ на этот вопрос: 4 человека ответили, что отношение к труду не изменилось или улучшилось, 6 человек – что оно ухудшилось. Среди главврачей, введших НСОТ, всего на вопрос ответил 31 человек, из них 23 заявили об улучшении отношения к труду или отсутствии изменений и 8 – об ухудшении. Таким образом, *среди учреждений, введших новую систему оплаты, в целом прослеживается тенденция улучшения отношения к труду, в отличие от тех, кто не вводил такую систему.*

Характеризуя введение НСОТ, можно обратиться и к ответам рядовых медицинских работников на вопросы анкеты. Например, работников спрашивали о том, переведены ли они на новую систему оплаты труда. В целом по выборке 52% опрошенных ответили на этот вопрос положительно, 19% - отрицательно, 29% затруднились с ответом. Для проверки мы разделили всех медицинских работников на три группы: работавших в учреждениях, введших НСОТ с 2008 года, с 2009 года и не введших вовсе. При этом мы основывались на информации, полученной из анкет главных врачей, которая однозначно характеризует статус учреждения. Оказывается, на самом деле на новую систему оплаты переведены 1105 работников, или 71,2% всех опрошенных, тогда как ответили положительно на соответствующий вопрос анкеты лишь 52% респондентов. Таким образом, *информированы о факте перехода фактически немногим более 70% работников, которых коснулись эти нововведения.* Любопытно отметить, что «совпадения» ответов рядовых медицинских работников и главных врачей на вопрос о введении НСОТ неодинаково распределились по регионам, причем в регионе В, где НСОТ практически еще не вводилась, медицинские работники более реалистично оценивают фактическую ситуацию, тогда как в регионах А и С, где все обследуемые учреждения перешли на НСОТ, об этом знают немногим более половины работников (таблица 1).

Таблица 1. Совпадение ответов медицинских работников с ответами главных врачей о введении НСОТ (в % от числа ответивших, по регионам)

	Регион А	Регион В	Регион С
Врачи	56.40%	94.12%	69.64%
Средний медперсонал	60.71%	70.00%	67.20%
В среднем	58.70%	85.19%	68.54%

Данные однозначно свидетельствуют о *слабой информационной обеспеченности реформы оплаты труда*, что никак не может способствовать ее успеху. Так называемые стимулирующие надбавки вряд ли могут стать таковыми, если сами работники не знают об их существовании. 65-75% медицинских работников убеждены, что сегодня размер их заработной платы вовсе не зависит или зависит незначительно от таких факторов, как квалификация, личный трудовой вклад, объем и качество работы.

Медицинским работникам, как и главным врачам, задавался вопрос об изменениях в отношении к труду их самих и их коллег за прошедшие два года. Более половины из них во всех трех группах учреждений (вводивших НСОТ с 2008 года, с 2009 года и не вводивших) убеждены, что их собственное отношение к труду не изменилось, от 15 до 18% считают, что оно улучшилось, 20-25% - что ухудшилось. Принципиальных различий в распределении ответов на этот вопрос между работниками разных групп не наблюдается. Примерно так же распределены и ответы на вопрос об отношении к труду коллег – самый популярный ответ во всех трех группах «не изменилось» (от 38 до 42% ответивших), от 9 до 14% - «улучшилось», от 21 до 30% - «ухудшилось». Полученные результаты не позволяют утверждать, что введение НСОТ сказалось значимо на отношении медицинских работников к труду (по крайней мере, по их собственным ощущениям). Возможно, чтобы подобные перемены произошли и были осознаны, требуется больше времени: ведь новая система оплаты в большинстве рассматриваемых учреждений вводилась в течение 2009 года.

Медицинских работников спрашивали также, удовлетворены ли они в целом своей работой, с учетом всех ее положительных и отрицательных сторон. Доля работников, полностью или скорее удовлетворенных работой, выше в группе учреждений, что перешли на НСОТ в 2008 году (48%). Среди перешедших на НСОТ недавно эта доля ниже – 39%, среди тех, кто еще не вводил НСОТ – 35%. И наоборот, доля тех, кого работа скорее не удовлетворяет или совершенно не удовлетворяет, меньше всех в первой группе (6%), и выше всего - в третьей (13%). Это может быть косвенной характеристикой результатов введения новой системы оплаты, хотя работники при ответе на вопрос должны были принимать во внимание все характеристики работы.

Более показательными представляются ответы на вопрос «Считаете ли Вы справедливой оплату Вашего труда?»: чаще считают свою зарплату справедливой в тех учреждениях, где введена новая система оплаты труда, чаще считают зарплату несправедливой там, где НСОТ не вводили.

Данные мониторинга позволяют оценить дифференциацию оплаты труда медработников внутри одного учреждения. Для того чтобы выявить влияние НСОТ, мы выбрали однотипные учреждения в каждой из трех групп – вводивших НСОТ с 2008 года, с 2009 года и не вводивших. На примере Центральной районной больницы (этот тип учреждений представлен во всех группах и характеризуется значительной численностью сотрудников), мы оценили показатели минимальной и максимальной зарплаты для врачей и медсестер. Отношение максимума к минимуму для обеих категорий сотрудников выше в ЦРБ, перешедшей на новую систему оплаты труда в 2009 году. Для медицинских сестер наиболее уравнивающая политика зарплаты наблюдается в больнице, не вводившей НСОТ.

Как видно из таблицы 2, в рассматриваемых нами центральных районных больницах коэффициенты фондов², рассчитанные для заработной платы медицинских сестер и врачей, оказываются максимальными там, где новая система оплаты труда введена в 2009 году. Очевидно, это учреждение лучше подготовилось к введению НСОТ, и было обеспечено примерными методиками учета вклада отдельного работника, дифференциация заработков в результате повысилась, причем в первую очередь для тех категорий работников, для которых ранее система была более уравнивающей.

Несколько ниже коэффициенты фондов для зарплаты врачей и среднего медицинского персонала ЦРБ, где новая система оплаты введена в 2008 году. Можно предположить, что в этом учреждении еще не окончательно сформировались механизмы оценки результатов труда отдельного работника и учета их при установлении надбавок. Известно, что многие бюджетные учреждения, первыми вводившие НСОТ, распределяли

² 10-процентный коэффициент фондов - рассчитывается путем деления суммарной заработной платы, полученной 10% наиболее высоко оплачиваемых работников, к суммарной заработной плате 10% самых низкооплачиваемых.

надбавки равномерно между всеми работниками, и лишь позже постепенно разрабатывали свои подходы и процедуры дифференциации надбавок.

Таблица 2. Показатели дифференциации оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала в группах учреждений, введших и не введших НСОТ, на примере центральных районных больниц

	Центральные районные больницы		
	НСОТ введена с 2008 года	НСОТ введена с 2009 года	НСОТ не введена
Врачи			
Максимальное значение заработной платы, руб.	30000	30000	25000
Минимальное значение заработной платы, руб.	6000	4600	4000
max/min	5,0	6,5	6,2
Средний медицинский персонал			
Максимальное значение заработной платы, руб.	16000	20000	12000
Минимальное значение заработной платы, руб.	4700	4330	4000
max/min	3,4	4,6	3,0
10-процентный коэффициент фондов для заработной платы врачей	2,7	2,8	2,5
10-процентный коэффициент фондов для заработной платы медсестер	4,8	5,2	3,3
10-процентный коэффициент фондов для заработной платы всех медицинских работников	5,6	5,3	4,1

И, наконец, самые низкие коэффициенты фондов наблюдаются в ЦРБ, не введшей новую систему оплаты труда. Подобное соотношение в значениях коэффициентов характерно в равной мере как для врачей, так и для среднего медицинского персонала.

Данные, полученные для региона В, позволяют непосредственно сравнить средние заработные платы работников учреждений, введших и не введших НСОТ (это единственный из трех регионов, где представлены одновременно две группы учреждений). Сравнивая заработные платы работников в одном регионе, мы избегаем влияния значительных межрегиональных различий в оплате труда. Для сравнения зарплат выбираются работники одной профессионально-квалификационной группы и узкой специализации. В качестве примера анализировались заработки врачей-хирургов, которые были представлены в учреждениях обеих групп – введших и не введших новую систему оплаты. Среднее арифметическое значение заработной платы врачей-хирургов в учреждениях, введших НСОТ, составило 22890 рублей, медианное значение – 19000 рублей; в учреждениях, не введших НСОТ – 11595 рублей и 12000 рублей, соответственно. Таким образом, в одном и том же регионе заработки врачей одинаковой специализации существенно различаются в зависимости от такого фактора, как используемая учреждением система оплаты труда.

Характеризуя в целом процесс перехода на новую систему оплаты труда медицинских учреждений рассматриваемых трех регионов, можно сделать следующие выводы:

1. Введение НСОТ проходило в 2008-2009 годы достаточно интенсивно, почти три четверти учреждений завершили этот процесс, однако в региональном аспекте наблюдались существенные различия в динамике;
2. Основные формальные принципы, заложенные в основу НСОТ, в целом выдерживаются в тех учреждениях, где прошла реформа: стимулирующие надбавки устанавливаются совместно руководством и коллегиальным органом,

пропорция постоянной и переменной части оплаты труда примерно соответствует той, что заложена в рекомендациях Минздравсоцразвития (70:30);

3. Большинство главных врачей, чьи учреждения переведены на НСОТ, отмечают ее позитивное влияние на результаты деятельности и оценивают изменения в отношении к труду своих коллег скорее позитивно, чем негативно;
4. Главные врачи, которые пока не ввели новую систему оплаты труда, называют основным препятствием отсутствие необходимого финансирования и неготовность коллектива к подобным нововведениям;
5. Рядовые медицинские работники слабо информированы о факте перехода их учреждений на новую систему оплаты труда: немногим более 70% работников, которых коснулись нововведения, знают об этом. Подавляющее большинство (65-75%) медицинских работников убеждены, что размер их заработной платы вовсе не зависит или зависит незначительно от таких факторов, как квалификация, личный трудовой вклад, объем и качество работы;
6. Полученные результаты не позволяют пока утверждать, что введение новой системы оплаты сказалось значимо на отношении медицинских работников к труду (по крайней мере, по их собственным ощущениям). Вместе с тем, удовлетворенность работой оказывается выше у тех работников, в чьих учреждениях введена НСОТ;
7. Дифференциация заработной платы работников однотипных учреждений выше там, где введена НСОТ; в рамках одного региона средние значения заработной платы работников одной и той же профессионально-квалификационной группы и специализации оказываются существенно выше в учреждениях, введших НСОТ.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что эффективность реформы еще недостаточно высока: мы можем говорить лишь о введении определенных (более или менее демократичных) механизмов и процедур, определяющих и дифференцирующих заработки медицинского персонала. Говорить же о реальной привязке заработков к результатам труда и о стимулирующей роли надбавок, судя по мнению работников, пока не приходится.