

МАТЕРИАЛЬНОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ РАБОТНИКОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Е. С. Дашкова

Воронежский государственный университет

Поступила в редакцию 10 марта 2015 г.

Аннотация: в статье проанализированы результаты внедрения новых систем оплаты труда в сфере здравоохранения на основании данных официальной статистики. Выявлены и обоснованы проблемы материального стимулирования работников, возникшие после внедрения новых систем оплаты труда. Раскрыты негативные тенденции, формирующиеся в результате проблем материального стимулирования. Автором предложены мероприятия по решению проблем материального стимулирования работников системы здравоохранения.

Ключевые слова: материальное стимулирование работников, заработная плата, система оплаты труда, новая система оплаты труда в сфере здравоохранения.

Abstract: the paper analyzes the results of the implementation of new pay systems in the health sector on the basis of official statistics. Problems identified and justified material incentives that arose after the introduction of new pay systems. Disclosed negative trends emerging as a result of the problems of material incentives. In conclusion the author suggested measures to address the problems of material incentives for health workers.

Key words: financial incentives for employees, wages, the wage system, the new system of remuneration in the health sector.

Медицина является одной из приоритетных и стратегически важных отраслей в развитии отечественной экономики, поэтому вопросы стимулирования работников системы здравоохранения к эффективной деятельности на сегодняшний день являются актуальными как среди практиков, так и ученых. При этом совершенствованию материального стимулирования уделяется наибольшее внимание, так как материальные стимулы по результатам многочисленных исследований являются самыми значимыми для работников любой отрасли отечественной экономики.

Необходимость внедрения для работников бюджетной сферы новых систем оплаты и стимулирования труда, адекватных современным условиям развития экономики, назрела давно. Процесс перехода на новые системы оплаты труда (НСОТ) в бюджетной сфере был «запущен» еще в 2008–2009 годах.

В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения внедрение новых систем оплаты труда началось с 2009 года и преследовало цель – установить более гибкие системы оплаты труда, обеспечивающие зависимость заработной платы от квалификации работника и сложности выполняемого им труда, а также усилить мотивацию медицинских работников к оказанию качественной медицинской помощи.

Однако поставленная цель внедрения НСОТ была достигнута не в полной мере. Несмотря на то, что за пять лет с момента внедрения НСОТ (с 2009 г. по 2013 г.) заработная плата работников федеральных и государственных учреждений субъектов Российской Федерации в сфере «здравоохранение и предоставление социальных услуг» выросла на 64,9 % и составила 24 439 рублей, но она по-прежнему остается значительно ниже в сравнении с другими отраслями экономики [1]. И это притом, что профессия врача одна из самых сложных и ответственных.

Согласно данным Росстата (табл. 1) за 2013 год соотношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников в сфере «здравоохранение и предоставление социальных услуг» к средней по экономике страны составило – 87,9 %, что в 2,6 раза ниже, чем в сфере «финансовая деятельность». В целом, данный показатель за период 2010–2013 годы имеет тенденцию к постоянному росту. Так, соотношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников в сфере «здравоохранение и предоставление социальных услуг» к средней по экономике России выросло на 17,2 % (с 75,0 % в 2010 году до 87,9 % – в 2013 году). Несмотря на ежегодный рост данного показателя, значительная дифференциация заработных плат в этих сферах не снижается.

Т а б л и ц а 1

Соотношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников отдельных сфер экономики и средней заработной платы по экономике в целом за 2013 год [1]

Наименование сферы экономики	Ед. изм.	Российская Федерация
Всего начисленная заработная плата работников в экономике	%	100,0
Финансовая деятельность	%	227,9
Государственное управление и обеспечение военной безопасности; социальное страхование	%	145,5
Операции с недвижимым имуществом, аренда и предоставление услуг	%	121,8
Производство и распределение электроэнергии, газа и воды	%	116,0
Строительство	%	99,7
Здравоохранение и предоставление социальных услуг	%	87,9
Образование	%	84,4
Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство	%	56,6

Кроме этого внедрение новых систем оплаты труда увеличило дифференциацию между заработной платой руководителей и работников медицинских организаций, что негативно отразилось на трудовой мотивации медицинских работников.

С 2010 года должностные оклады руководителей государственных и муниципальных учреждений здравоохранения определялись от средней заработной платы основного персонала (в здравоохранении – врачи) в кратности не более 5. При расчете средней заработной платы врачей учитываются оклады (должностные оклады), ставки заработной платы и выплаты стимулирующего характера основного персонала. В результате такого расчета средняя заработная плата главного врача и его заместителей, в сравнении с другими категориями персонала, была выше в 10 и более раз.

Данный порядок определения оклада руководителя учреждения здравоохранения привел к необоснованной дифференциации в уровне его заработной платы и работников учреждения.

Еще одна проблема, которая не была решена в результате внедрения новых систем оплаты труда, – низкая доля постоянной части в общем заработке. Структура заработной платы медицинских работников представлена в следующем виде: должностной оклад, компенсационные и стимулирующие выплаты. В среднем, в рамках новых систем оплаты труда, в субъектах Российской Федерации расходование фонда оплаты труда на выплаты по окладам медицинским работникам составляет – 30 %, на компенсационные выплаты – 20 % и на стиму-

лирующие выплаты – 50 %. Примерно в половине субъектов Российской Федерации доля оклада в структуре заработной платы составляет от 20 % до 30 %, в трети субъектов Российской Федерации – менее 20 % и лишь в 7 регионах 40–50 %. Такие соотношения характерны для большинства медицинских специальностей и учреждений [2].

В экономически развитых странах доля постоянной части в общем заработке составляет 80–90 %. Это обеспечивает гарантию достойного уровня жизни.

Таким образом, можно констатировать, что проблема материального стимулирования работников сферы здравоохранения остается актуальной на сегодняшний день. Усугубляет ситуацию экономический кризис и рост темпов инфляции. Так, за 2014 год уровень инфляции составил 11,36 % и только за январь месяц 2015 года – 3,85 %. И это при том, что индексация заработной платы бюджетников, в том числе и медицинских работников, в 2014 году не производилась. Все это свидетельствует о снижении уровня реальных доходов и, следовательно, уровня жизни.

Неэффективность систем материального стимулирования и недостаточный уровень конкурентоспособности заработной платы медицинских работников способствовали формированию целого ряда негативных тенденций.

1) отток высококвалифицированных медицинских кадров в более доходные отрасли экономики. Проанализировав данные табл. 2 видим, что численность занятых в сфере здравоохранения за пе-

риод 2010–2013 годы ежегодно снижается как в абсолютном выражении – на 101 тыс. человек, так и в процентах от общей численности занятых в экономике.

Показатель обеспеченности врачебными кадрами по стране после положительной динамики до 2011 года (2000 г. – 46,8 на 10 тыс. населения, 2011 г. – 51,2 на 10 тыс. населения), несмотря на ежегодный прирост населения, в 2013 году снизился в сравнении с уровнем 2011 года на 5 % – до 48,9 чел. на 10 тыс. населения.

Одновременно, в сравнении с уровнем 2011 года отмечается снижение уровня обеспеченности населения и средними медицинскими работниками. В 2013 году численность среднего медицинского персонала снизилась в сравнении с уровнем 2011 года на 2 % и составила – 105,7 чел. на 10 тыс. населения (2000 г. – 107,6 чел. на 10 тыс. населения).

Как мы видим из табл. 3, численность врачей снижается, и это несмотря на значительный рост в последнее время количества абитуриентов медицинских вузов (в учебном году 2012/13 по сравнению с предыдущим учебным годом принято сту-

дентов на 7,1 % больше, а в сравнении с 2000/01 учебным годом – на 33,1 %). Одной из причин этого, является тот факт, что многие выпускники медицинских вузов идут не в практическую медицину, а в бизнес, например в медицинские представители, аппликаторы (специалисты по обучению работы на оборудовании) и т.д.

По данным кадрового агентства «ЮНИТИ», окладная часть медицинского представителя, фармацевтической компании без опыта работы, составляет 40–50 тыс. рублей, аппликатора 70–100 тыс. рублей, при опыте от двух лет 60–80 тыс. рублей и 100–120 тыс. рублей соответственно [3, с. 88].

2) как следствие первой проблемы, возникает дефицит медицинских кадров. По данным выборочного обследования крупных и средних предприятий о потребности организаций в работниках для замещения вакантных рабочих мест, проведенного Росстатом в 2010 году, максимальный дефицит зафиксирован по профессиональной группе «врачи (без стоматологов)». Потребность в работниках для замещения вакантных рабочих мест по данной группе составила 10 % от списочной численности работников данной группы. Также зафиксирован

Т а б л и ц а 2

Динамика численности занятых в сфере здравоохранения России и обеспеченность населения медицинским персоналом в 2005–2013 годах [1]

Показатели	Ед. изм.	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Всего занятых в здравоохранении	тыс. чел.	4548	4621	4604	4573	4520
в процентах от среднегодовой численности занятых в экономике	%	6,8	6,8	6,8	6,7	6,7
Численность населения РФ на 1 января соответствующего года	млн чел.	143,8	142,8	142,9	143,0	143,3
Численность врачей всех специальностей на 10 000 человек населения	чел.	48,6	50,1	51,2	49,1	48,9
Численность среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения	чел.	107,7	105,6	107,0	106,1	105,7

Т а б л и ц а 3

Динамика среднесписочной численности медицинского персонала РФ за 2013–2014 годы [1]

Показатели	Ед. изм.	9 месяцев 2013 года	2013 год	9 месяцев 2014 года
Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее фармацевтическое или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги	чел.	579 389	578 783	565 156
Средний медицинский (фармацевтический) персонал	чел.	1 445 375	1 442 157	1 402 829
Младший медицинский персонал	чел.	693 195	687 139	659 191

значительный дефицит по группам среднего медицинского персонала (фельдшеры, медсестры, акушеры и другие). Федеральная служба государственной статистики провела выборочное обследование организаций по состоянию на 31 октября 2012 года. Наиболее значительно увеличилась за указанный период потребность в работниках в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг – на 63,6 тыс. (в 1,4 раза), в обрабатывающих производствах – на 33,3 тыс. (в 1,4 раза), в транспорте и связи – на 30,5 тыс. (в 1,4 раза); в образовании – на 19,9 тыс. (в 1,3 раза).

В Российской Федерации проблема дефицита и дисбаланса медицинских кадров вызвана, в первую очередь, недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов, что обусловлено, прежде всего, низким уровнем привлекательности работы в сфере здравоохранения и проблемами организации оплаты труда в учреждениях здравоохранения. В настоящее время именно выпускники медицинских вузов являются одной из наиболее уязвимых категорий с точки зрения потери медицинских кадров.

В 2013 году Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках научно-исследовательской работы «Разработка комплекса мер по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения» были проведены социологические исследования, согласно которым 9 % выпускников вузов планируют трудовую эмиграцию, 22 % планируют в той или иной форме продолжить обучение за границей, а 11 % не хотят работать в медицинских организациях [4]. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что молодых специалистов не устраивают материальные и профессиональные перспективы работы в российском здравоохранении.

Решение проблемы материального стимулирования работников системы здравоохранения, на наш взгляд, возможно при реализации следующих мероприятий:

1) жесткое регулирование дифференциации оплаты труда работников медицинских учреждений путем установления соотношения между заработной платой самой низкооплачиваемой категории и самой высокооплачиваемой категории работников не более чем 1:10 с учетом масштабов учреждения;

2) увеличение доли гарантированной части и доведения ее до 60–70 % в общем заработке;

3) расширение спектра материальных неденежных форм стимулирования: предоставление льгот для персонала на оказание платных медицинских услуг, страхование жизни, оплата профессионального обучения и развития и т.п.

Реализовать данные мероприятия можно только через систему социального партнерства, совместными усилиями государственной и региональной властей, профсоюзов и руководителей медицинских организаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данные Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps> (дата обращения 20.01.2015).
2. О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников : письмо Минздрава России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
3. Барсукова Н. Студенты штурмуют медвузы / Н. Барсукова // Главврач. – 2014. – № 2. – С. 88–89.
4. О направлении методических рекомендаций по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения : письмо Минздрава России от 09.04.2013 № 16-5/10/2-2540. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

Воронежский государственный университет

*Дашкова Е. С., кандидат экономических наук,
доцент*

E-mail: dashkova-82@mail.ru

Тел.: 8-905-655-77-71

Voronezh State University

*Dashkova E. S., Candidate of Economic Sciences,
Associate Professor*

E-mail: dashkova-82@mail.ru

Tel.: 8-905-655-77-71