

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМАХ ОПЛАТЫ ТРУДА РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. М. Чилилов

НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского Минздрава России,
Москва, Россия

Ф. Н. Кадыров

ЦНИИОИЗ Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования – изучение изменений в системах оплаты труда в общественном здравоохранении в период перехода от советской системы оплаты труда в здравоохранении к оплате труда в этой области в последние годы. Авторы выявляют и анализируют причины, приведшие к необходимости изменений, произошедших за этот период. Показано, как изменение системы оплаты труда связано с изменениями хозяйственных отношений в обществе. В статье исследуются предпосылки и возможные последствия перехода от региональной системы оплаты труда к отраслевой. В связи с формальным завершением сроков реализации майских указов президента, новой экономической реальностью и новыми поручениями президента в сфере оплаты труда медицинских работников авторы предлагают пересмотреть сложившиеся системы оплаты труда, уйти от контроля за уровнем заработной платы на одно физическое лицо в среднем по субъекту Российской Федерации, начать контролировать уровень гарантированной части заработной платы в расчете на отработанную ставку, а также ввести предусмотренные Трудовым кодексом базовые оклады, не связывая их со средним уровнем заработной платы по регионам.

Ключевые слова: трудовые отношения, оплата труда, функции заработной платы, дифференциация заработной платы, общественное здравоохранение, реформа бюджетной сферы, правовое положение государственных (муниципальных) учреждений, стимулирование.

ANALYZING CHANGES IN REMUNERATION SYSTEMS OF PUBLIC HEALTH WORKERS

Abdula M. Chililov

A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery,
Moscow, Russia

Farit N. Kadyrov

FRIHOI of MoH of the RF, Moscow, Russia

The goal of the research is to study changes in remuneration systems in Public Health during the period of passing-over from the soviet remuneration system in Public Health to the remuneration system effective during these years. The authors find and analyze reasons that caused the necessity of changes, which took place lately. It is shown that changes in the remuneration system are connected with changes in economic relations in society. The article studies preconditions and possible consequences of passing-over from the regional remuneration system to sectoral one. Because of termination of the period fixed for implementation of May Decrees of the President, new economic reality and new presidential instructions in the field of medical workers' remuneration the authors propose to revise the existing remuneration systems, to give up control over remuneration rate per individual on average by entity of the Russian Federation, to start monitoring the rate of guaranteed proportion of remuneration calculating on the wage and to introduce the basic wages envisaged by the Labour Code, which should not be linked to the average wage rate by regions.

Keywords: labour relations, remuneration, wage functions, wage differentiation, Public Health, reform of the budget sphere, legal status of state (municipal) institutions, incentives.

Введение

Для понимания причин и последствий периодических изменений в системах оплаты труда необходимо показать, реализация каких функций заработной платы на том или ином историческом отрезке выходила на передний план, какие задачи нужно было решать в первую очередь.

В мировой практике используются два основных подхода к оплате труда медицинских работников:

– *окладная система*, основанная на установлении фиксированного оклада, размер которого может варьироваться в зависимости от определенных факторов (уровня квалификации, стажа и т. д.);

– *гонорарная система*, предполагающая зависимость размера оплаты труда от значения определенных показателей (обычно объемных или стоимостных).

Системы оплаты труда, создаваемые на основе этих подходов, отличаются степенью стабильности (гарантированности) и стимулирующими качествами. На практике эти подходы в чистом виде используются редко, поскольку зачастую имеет место комбинация элементов окладной и гонорарной систем.

В Советском Союзе приоритетом считалась стабильность социальных гарантий. В здравоохранении превалировало использование именно окладной системы. Вместе с тем как в советский период, так и в последующий системы оплаты труда в здравоохранении менялись. Необходимо оценить причины, связанные с периодическим изменением систем оплаты труда, и то, насколько в них находят отражение те или иные функции заработной платы.

Системы оплаты труда, применяемые в советский период

Рассмотрим эволюцию систем оплаты труда в последние годы существования СССР.

Формально трудовое законодательство не устанавливало жестких ограничений для возможных систем оплаты труда. Дей-

ствовавший в то время Кодекс законов о труде (КЗоТ) определял, что оплата труда могла производиться как повременно, так и сдельно (ст. 83 КЗоТа). Тем не менее статья 81 КЗоТа устанавливала, что по общему правилу оплата труда специалистов производится повременно в соответствии с установленными окладами. Фактически это означало, что оплата труда работников здравоохранения должна была базироваться на окладной системе.

В ходе реформ, осуществляемых в последние годы существования Советского Союза (повышение самостоятельности организаций и т. д.), расширились и права учреждений здравоохранения в вопросах оплаты труда. Новый хозяйственный механизм (НХМ) в здравоохранении сопровождался внедрением хозрасчетных отношений и систем оплаты труда, ориентированных не только на объем оказанных услуг, но и на их стоимость.

Это подкреплялось и изменением трудового законодательства. Статья 83 КЗоТа была изложена в несколько ином виде, предусматривая, что оплата труда должна зависеть от конечных результатов. При этом предполагалось отсутствие ограничений на ее размер (редакция КЗоТа от 5 февраля 1988 г.).

Отметим, что политика государства в вопросах оплаты труда была противоречива. В соответствии с Законом Российской Федерации от 25 сентября 1992 г. данное положение было исключено из КЗоТа.

Для этого периода было характерно повсеместное внедрение коллективных форм организации и оплаты труда, которые нашли отражение, например, в статьях 83 и 102 КЗоТа.

Таким образом, последние годы существования Советского Союза ознаменовались применением новых подходов в вопросах оплаты труда, что сопровождалось широкой идеологической кампанией. Однако отсутствие последовательности, превалирование административных подходов не позволили добиться серьезных положительных результатов.

Переход от окладной системы оплаты труда на Единую тарифную сетку

Данный этап приходится на период распада Советского Союза, который как раз и послужил основной причиной перехода на *Единую тарифную сетку* (ЕТС).

Нормативной базой перехода на ЕТС послужило принятие Постановления Правительства Российской Федерации от 14 октября 1992 г. № 785 «О дифференциации в уровнях оплаты труда работников бюджетной сферы на основе Единой тарифной сетки».

Потребность перехода на ЕТС была обусловлена прежде всего экономическими и социальными процессами, связанными с развалом СССР, такими как:

- инфляционные процессы, характеризующиеся крайне высокими темпами, приводившие к необходимости частого повышения размеров оплаты труда;

- нарастающие диспропорции в условиях и размерах оплаты труда работников различных отраслей бюджетной сферы (здравоохранение, образование, культура и т. д.), в том числе одноименных должностей/профессий как закономерный результат многократного и неодинакового пересмотра окладов и других выплат.

В сложившейся ситуации потребовалась система оплаты труда, которая позволяла бы максимально просто и быстро изменять (повышать) установленные работникам оклады. Этим требованиям удовлетворяла Единая тарифная сетка, которая при всех своих недостатках обладала рядом неоспоримых достоинств применительно именно к данным условиям:

1. Единообразии формирования окладов по всем отраслям бюджетной сферы.

2. Единый подход к ранжированию окладов по уровням образования и квалификации.

3. Сопоставимость уровня окладов для работников равного уровня образования и квалификации, одноименных должностей (профессий), работающих в различных отраслях бюджетной сферы.

4. Возможность оперативного (в том числе автоматизированного) пересмотра уровня окладов всех работников.

5. Простота и прозрачность формирования и пересмотра окладов.

Постановление № 785, в соответствии с которым была введена Единая тарифная сетка, упорядочило соотношения в размерах заработной платы в зависимости от сложности труда и квалификации работников. Оно предусматривало *механизм поддержания этих соотношений* между отраслями на основе применения Единой тарифной сетки по оплате труда работников бюджетной сферы.

Основу расчета заработной платы по ЕТС составляла единая тарифная система, которая формировалась:

- из единой тарифной сетки (ЕТС);
- тарифной ставки (оклада);
- тарифно-квалификационных справочников работ и профессий.

ЕТС включала в качестве ключевых элементов шкалу разрядов и коэффициентов.

Тарифный разряд определялся степенью сложности, ответственности выполняемых работ. Он характеризовал собой уровень квалификации работника.

Тарифные коэффициенты отражали соотношения квалификационного уровня работников по разрядам. Они устанавливали, во сколько раз тарифные ставки последующих разрядов, рассчитанные на основе тарифных коэффициентов, выше ставок первого разряда.

Сущность данной системы заключалась в том, что каждой должности присваивался соответствующий тарифный разряд. В свою очередь для каждого разряда устанавливался коэффициент. Таким образом, оклад конкретного работника определялся путем умножения ставки 1-го разряда на коэффициент, установленный для соответствующего разряда.

В связи с тем что размер заработной платы определялся в виде повышающих коэффициентов к ставке 1-го разряда, для пересмотра размера оплаты труда для всех остальных разрядов при использовании

Единой тарифной сетки требовалось лишь пересмотреть (повысить) размер заработной платы 1-го разряда. Такие изменения происходили с определенной периодичностью (обычно два раза в год) в соответствии с реальными темпами инфляции.

Система оплаты труда по ЕТС не ограничивалась окладами. Она, как и прежде, содержала выплаты компенсационного характера, возможность выплат премий и т. д.

Несмотря на достаточно жесткую схему, введение Единой тарифной сетки не ограничило полномочия бюджетных учреждений. В соответствии с Постановлением № 785 учреждения в пределах выделенных бюджетных ассигнований могли самостоятельно устанавливать виды и размеры доплат, надбавок и других выплат стимулирующего характера.

И все же на практике подобные полномочия были ограничены, поскольку Постановлением № 785 предусматривалось, что квалификация работников и сложность выполняемых ими работ были учтены в размерах ставок и окладов, устанавливаемых на основе Единой тарифной сетки. Это означало, что, например, не допускались выплаты стимулирующего характера за сложность выполняемых работ. Тем не менее основным ограничителем использования стимулирующих качеств систем оплаты труда, основанных на ЕТС, являлись не прямые запреты, а ограниченность средств, которые могли быть выделены на стимулирование работников.

Тем самым система оплаты труда, основанная на ЕТС, имела свои недостатки, многие из которых были продолжением ее достоинств. Унификация, которая содействовала предотвращению разнобоя в вопросах уровня оплаты труда работников различных отраслей и должностей, не позволяла учитывать всех отраслевых особенностей в вопросах оплаты труда. Действительно, для здравоохранения характерно максимальное количество видов учреждений, наименований должностей работников, условий их труда, а также применяе-

мых выплат и т. д., поэтому Единая тарифная сетка оказалась для него менее подходящей, чем для других отраслей бюджетной сферы.

Стоит добавить, что оплата труда на основе ЕТС плохо вписывалась в формирующуюся систему рыночных отношений, проникающую и в сферу здравоохранения. Это проявилось прежде всего в форме серьезного увеличения оказываемых учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг, а также в форме введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Хотя сметное бюджетное финансирование частично сохранялось, система ОМС предусматривала, что средства на заработную плату учреждения получают не по смете, а должны заработать в зависимости от объемов оказания медицинской помощи (с выставлением счетов в страховые медицинские организации).

К сожалению, в этот период не были реализованы открывающиеся дополнительные возможности по *либерализации систем оплаты труда*, предоставляемые новой редакцией статьи 81 КЗоТа, которая была принята 25 октября 1992 г. (перед принятием Постановления № 785) и продемонстрировала смену идеологии в обществе с ориентацией на рыночные отношения. Данная редакция статьи 81 КЗоТа определила, что учреждения и организации могут устанавливать для руководителей, специалистов и служащих и другие варианты оплаты труда (например, в процентах от полученного дохода, в долях от прибыли и т. д.). Однако в принятом чуть позже Постановлении № 785 эти изменения не получили отражения.

В приказах, непосредственно определяющих системы оплаты труда работников здравоохранения, были положения, аналогичные содержащимся в КЗоТе. Данному периоду соответствуют три основных федеральных приказа:

1. Приказ Минздрава России от 23 ноября 1992 г. № 301 «Об оплате труда работников здравоохранения».

2. Приказ Минздравмедпрома России от 20 февраля 1995 г. № 35 «Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации».

3. Приказ Минздравмедпрома России от 24 февраля 1998 г. № 48 «Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации».

Так, пункт 2.6 Положения об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации, утвержденного Приказом Минздрава России № 301, устанавливал, что оплата труда работников может производиться как повременно, так по сдельным расценкам в зависимости от выработки и без ограничения размера заработка. Данное положение сохранилось и в принятом позже Приказе Минздравмедпрома России № 35.

В пункте 7.6 Положения об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации, утвержденного Приказом Минздравмедпрома России № 48, было зафиксировано, что по согласованию с профсоюзными органами может вводиться сдельная оплата труда.

Подобные положения редко реализовывались на практике. Введение Единой тарифной сетки, хотя и ознаменовало собой серьезный этап реформирования системы оплаты труда, никак не связало зарплату медицинских работников с результатами труда. В целом Единая тарифная сетка не обеспечивала конкуренцию в оплате труда с начавшими бурно развиваться частными медицинскими организациями ни по уровню оплаты, ни по стимулирующим качествам.

Переход от КЗоТа к Трудовому кодексу

Важнейшим этапом реформирования трудовых отношений стало принятие в конце 2001 г. Трудового кодекса Российской Федерации¹, пришедшего на смену КЗоТу. Переход к Трудовому кодексу был призван привести трудовое законодатель-

ство в соответствие с новыми реалиями, с новой системой экономических и социальных отношений. Однако с рассматриваемых нами позиций Трудовой кодекс оказался даже чем-то более консервативным, чем последние редакции КЗоТа. Так, статья 132 Трудового кодекса устанавливала, что заработная плата зависит от квалификации работника, от сложности выполняемой им работы, от количества и качества затраченного работником труда.

Из данного положения следовало, что зарплата определялась только затратами труда. При этом не предполагалось никакой связи с результатами труда (в отличие от формулировок КЗоТа). Правда, в других статьях такая связь все же просматривалась.

К еще одному важному фактору, характеризующему изменение общественных отношений в обществе, относится некоторое ограничение роли профсоюзных организаций. Так, КЗоТ ранее предполагал необходимость согласования систем оплаты труда с профсоюзами. Статья 83 КЗоТа устанавливала, что системы оплаты труда должны были согласовываться с выборным профсоюзным органом. Это означало, что без согласия профсоюзов принять системы оплаты труда было невозможно.

Безусловно, профсоюзы на практике не были реально столь сильны, чтобы открыто конфликтовать с руководством учреждений. В Советском Союзе существовали механизмы не только административного, но и партийного влияния. Тем не менее данное положение служило важным средством отстаивания интересов работников.

Трудовой кодекс сделал важные шаги к повышению роли предпринимательства, самостоятельности руководства организаций, а точнее, к более сбалансированным отношениям между работодателями и работниками. Трудовой кодекс предполагал лишь учет мнения представительного органа работников, причем не обязательно в лице профсоюзной организации. Статья 135 Трудового кодекса устанавливала, что системы оплаты труда согласуются рабо-

¹ Утвержден Федеральным законом от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ.

тодателем не с профсоюзами, а с учетом мнения профсоюзов (представительного органа работников). В соответствии с Трудовым кодексом это означает лишь необходимость узнать мнение представительного органа работников, учесть это мнение, но не обязательно согласиться с ним. Поэтому руководство медицинских организаций имело возможность сделать все по-своему.

Отметим, что замена профсоюзов на представительный орган работников тоже была неоднозначной новацией. С одной стороны, это было проявлением демократизма, правом работников выбрать любую профсоюзную или иную организацию для отстаивания своих интересов. Но с другой стороны, это привело к дроблению профсоюзных организаций, появлению организаций, не консолидированных в единую систему профсоюзного движения. В итоге реальные возможности отстаивания интересов работников на всех уровнях (вплоть до федерального) во многих случаях были утрачены.

Возврат к окладной системе оплаты труда

Новый этап в системе оплаты труда был связан с отказом от Единой тарифной сетки и переходом к новой системе оплаты труда в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений».

Отказу от Единой тарифной сетки способствовало укрепление экономики, сопровождавшееся серьезным снижением темпов инфляции.

Одно из важнейших изменений в системе оплаты труда заключалось в распределении полномочий в вопросах установления этих систем. В соответствии с Постановлением № 583 федеральные органы власти в сфере здравоохранения определяют системы оплаты труда только для соответствующих федеральных учреждений. Эти требования не распространяются ни

на учреждения субъектов Российской Федерации, ни на муниципальные учреждения.

Столь серьезной новации предшествовало соответствующее изменение в Трудовом кодексе. Статья 144 Трудового кодекса в первоначальной редакции устанавливала, что порядок и условия применения стимулирующих и компенсационных выплат в подведомственных учреждениях устанавливаются нормативными правовыми актами соответствующих публично-правовых образований (Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, муниципальных образований).

Таким образом, основная оплата (оклады) строилась по единым принципам, а субъекты Российской Федерации и органы местного самоуправления могли самостоятельно устанавливать только порядок и размеры дополнительных выплат.

В последующем в соответствии с Федеральным законом от 30 июня 2006 г. № 90-ФЗ статья 144 Трудового кодекса была сформулирована уже по-другому, отражая полномочия вышеуказанных органов власти на установление всей системы оплаты труда, а не только дополнительных выплат.

Постановлением № 583 была определена единая структура заработной платы, которая выглядела следующим образом:

- оклад;
- выплаты компенсационного характера;
- выплаты стимулирующего характера.

Региональные и муниципальные органы получили право самостоятельно утверждать системы оплаты труда. Несмотря на это, региональные и муниципальные системы оплаты труда в основном строились на тех же самых принципах, что и федеральные.

В целом саму структуру заработной платы можно признать оправданной: в ней присутствуют и базовая (фиксированная) часть – оклад, и компенсационные выплаты, связанные с условиями труда, и выплата

ты стимулирующего характера, призванные обеспечить мотивацию работников.

Вместе с тем на практике данная система оплаты труда оказалась недостаточно эффективной, что весьма быстро проявилось в связи с начавшимся экономическим кризисом. Основная причина недостаточно высокой эффективности данной системы оплаты труда была связана с тем, что выплаты стимулирующего характера занимали относительно небольшой удельный вес в общем размере оплаты труда и к тому же зачастую устанавливались вне всякой связи с результатами труда.

Действительно, обычно основная часть стимулирующих выплат приходилась на так называемые статусные выплаты: за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения, за наличие квалификационной категории, за наличие ученой степени, почетного звания. Указанные выплаты в лучшем случае характеризовали потенциальные возможности работника, но не имели никакой связи с результатами труда.

Оставшаяся часть выплат стимулирующего характера выплачивалась либо в виде премий (обычно связанных не с результатами труда конкретных работников, а с финансовым положением учреждения), либо шла на выплаты за интенсивность труда, за напряженность труда, на персональные выплаты и т. д., характеризующие не результаты, а затраты труда (но и это было далеко не всегда).

Отражение реформы бюджетной сферы в системах оплаты труда

Мировой экономической кризис 2008–2010 гг., затронувший и Россию, привел к необходимости принятия мер, направленных на повышение эффективности деятельности бюджетной сферы, включая здравоохранение. Требовалось привести экономические условия функционирования государственных (муниципальных) учреждений в соответствие с рыночными условиями.

На решение этой проблемы был нацелен Федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ, направленный на совершенствование правового положения государственных (муниципальных) учреждений. Он стал ключевым в вопросах реформирования бюджетной сферы. Были выделены три типа государственных (муниципальных) учреждений с различным набором прав и ответственности: автономные, бюджетные и казенные.

Все это предполагало дифференцированные подходы к системам оплаты труда различных типов учреждений, так как сохранение единой системы оплаты труда для работников различных типов учреждений не обеспечивало адекватную реализацию их прав и обязанностей. Поэтому в соответствующие нормативные правовые акты, регулирующие системы оплаты труда, стали вноситься изменения. В основном они касались того, что из сферы регулирования прежних нормативных правовых актов исключались автономные учреждения.

Как правило, в этой ситуации сохранялись единые принципы построения систем оплаты труда для бюджетных и казенных учреждений. С учетом существенных различий типов этих учреждений, на наш взгляд, это *ограничивало степень самостоятельности бюджетных учреждений.*

Таким образом, с положительной стороны можно отметить тот факт, что в государстве зрело понимание того, что системы оплаты труда оказались более консервативными, чем общие экономические условия функционирования государственных (муниципальных) учреждений, что и привело к очередному (правда, частичному) реформированию системы оплаты труда.

Майские указы президента и введение эффективного контракта

Следующий этап реформирования систем оплаты труда связан с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной поли-

тики» и введением так называемого эффективного контракта.

Обычно основную цель принятия этого и других майских указов президента видят в повышении уровня оплаты труда работников бюджетной сферы. Однако это не совсем так. Подпункт 1е пункта 1 Указа № 597 устанавливает цель его принятия как сохранение кадрового потенциала.

Необходимость очередных изменений в системе оплаты труда путем введения эффективного контракта была обусловлена объективными причинами. Острые кадровые проблемы в здравоохранении были напрямую связаны с уровнем заработной платы медицинских и иных работников. Но это только одна сторона проблемы. Другая заключалась в том, что проведение реформы бюджетной сферы, вложение в здравоохранение огромных средств в рамках приоритетного национального проекта, программ модернизации и т. д. не привели к существенному повышению эффективности деятельности медицинских организаций. Поэтому необходимо было усилить спрос не только с учреждений здравоохранения в целом (путем изменения их прав и обязанностей в рамках реформы бюджетной сферы), а также их руководителей, но и с конкретных работников.

Системы оплаты труда, введенные Постановлением № 583, оказались не в состоянии полностью решить задачу создания эффективной системы стимулирования труда работников, нацеленной на улучшение результатов их деятельности. Далеко не всегда критерии оценки эффективности труда работников и применяемые для этого показатели оказались проработанными. Нередко выплаты стимулирующего характера фактически представляли собой гарантированную часть заработной платы. Многие показатели носили чисто формальный характер и не были связаны с результатами труда конкретных работников (например, выплаты за интенсивность труда).

Широко применялись стимулирующие выплаты, носящие субъективный характер

(например, за добросовестное выполнение своих должностных обязанностей и пр.). Об этом прямо говорится в Распоряжении Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы».

Поэтому с положительной стороны можно оценивать тот факт, что повышение заработной платы рассматривалось правительством не как самоцель, а как средство достижения более высокой отдачи от работников. Действительно, при низком размере оплаты труда работников сложно предъявлять к ним более жесткие требования. В этом отношении рост заработной платы, связанный напрямую с достигнутыми результатами труда, является важной предпосылкой повышения степени ответственности медицинских работников.

Вводя эффективный контракт, государство, по сути, распространило принцип, применяемый к бюджетным учреждениям: больше прав и больше ответственности для самих работников. На наш взгляд, этот принцип применительно к работникам можно сформулировать следующим образом: повышение требований к работникам и, соответственно, более высокая зарплата при выполнении установленных требований.

Итоги введения эффективного контракта и необходимость дальнейшего совершенствования систем оплаты труда в здравоохранении

Хотя эффективный контракт предусматривал целый комплекс рациональных мероприятий, его результаты являются далеко неоднозначными. При том что первоначальный упор был сделан на сбережение кадров, кадровая обеспеченность медицинских работников по сравнению с 2012 г. ухудшилась. Кадровые проблемы обострились в связи с тем, что в ухудшившейся экономической ситуации многие медицинские организации стали сокра-

щать сотрудников в целях повышения уровня оплаты труда оставшимся. Подобные меры вступили в прямое противоречие с майскими указами (2012) президента, но упростили повышение оплаты медицинских работников до уровня, предусмотренного дорожными картами.

На наш взгляд, в ходе введения эффективного контракта был допущен целый ряд методологических ошибок:

1. Введение эффективного контракта не получило достаточного методологического сопровождения.

2. Региональные системы оплаты труда содержали целый ряд недостатков, из-за которых потенциал эффективного контракта и других мер, предусмотренных указами президента, не получил полной реализации.

3. Не были своевременно созданы предпосылки, необходимые для успешного введения эффективного контракта.

4. Многие медицинские организации формально подошли к реализации принципов эффективного контракта.

5. Не были своевременно проведены анализ и обобщение лучших практик, а также ошибок по введению эффективного контракта.

В целом можно сделать следующие выводы по поводу результатов внедрения принципов эффективного контракта и указов президента:

1. Общая стратегия государства в вопросах оплаты труда, предусмотренная указами, оказалась правильной: был сделан мощный рывок в совершенствовании систем оплаты труда, в повышении заработной платы медицинских работников.

2. Сложная экономическая ситуация, сложившаяся в результате введения санкций против России, обострила проблему достижения уровня оплаты труда, предусмотренного указами. Вопрос содержательной части систем оплаты труда, их эффективности отчасти оказался на заднем плане, что во многом было связано с более жесткими мерами ответственности за недостижение заданного уровня оплаты труда.

В результате далеко не все задачи по совершенствованию систем оплаты труда были решены.

3. Полноценная реализация идеи эффективного контракта предполагала, что предпосылками его внедрения должны были стать аттестация, аккредитация, нормирование труда, введение профессиональных стандартов и др. Все эти предпосылки к настоящему моменту реализованы лишь частично или вообще находятся на начальной стадии. Это стало одной из причин того, что эффективный контракт во многих случаях внедрялся формально.

4. Более полная реализация предпосылок введения эффективного контракта способна обеспечить повышение ответственности систем оплаты труда в здравоохранении. Поэтому проблема дальнейшего повышения эффективности систем оплаты труда остается актуальной и в ближайшем будущем.

Общие принципы формирования новой отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении

В конце 2019 г. государство вновь обратило свое внимание к вопросам совершенствования систем оплаты труда в здравоохранении. Это произошло в результате ухудшения как кадровой ситуации, так и оценки результатов внедрения эффективного контракта в отрасли.

Проблемам оплаты труда был посвящен целый ряд поручений президента по итогам совещаний по вопросам модернизации первичного звена в здравоохранении, а также по итогам заседания Государственного совета и Послания Президента Федеральному Собранию от 15 января 2020 г.

В этих поручениях намечены меры, направленные на пересмотр сложившейся системы заработной платы в целях ее дальнейшего совершенствования. Эти меры предполагают:

– формирование единой структуры оплаты труда работников здравоохранения (применительно к государственным медицинским организациям);

- определение базового уровня оклада медицинских работников (единого минимального уровня);
- общие правила установления надбавок компенсационного и стимулирующего характера;
- предельный уровень совместительства медицинских работников.

Выводы и предложения

1. Формальное завершение сроков реализации майских указов 2012 г., новая реальность и новые поручения президента в этой сфере дают основания для пересмотра сложившейся системы оплаты труда, в том числе системы контроля за уровнем заработной платы. Необходимо уйти от контроля за уровнем заработной платы на одно физическое лицо в среднем по субъекту Российской Федерации. Нужно контролировать уровень гарантированной части заработной платы в расчете на отработанную ставку.

2. Необходимо ввести предусмотренные Трудовым кодексом базовые оклады,

не связывая зарплату со средним уровнем заработной платы по регионам.

3. Новая система оплаты труда автоматически обнулит и требования к обеспечению заработной платы санитарок на уровне 100% от средней заработной платы по субъекту Российской Федерации. Трудовой кодекс устанавливает, что заработная плата зависит от сложности и квалификации выполняемой работы. Это основание для того, чтобы вновь разделить уровни оплаты труда среднего и младшего медицинского персонала.

4. Необходимо внести изменения в Трудовой кодекс, установив зависимость уровня зарплаты не только (и не столько) от затрат труда, сколько от результатов труда.

В сфере здравоохранения происходит возврат к централизации в вопросах оплаты труда. Напомним, что это не первая мера по централизации. Одной из таких мер стала, например, централизация всех средств в Федеральном фонде ОМС, учитывая, что ранее основную часть взносов в ОМС собирали территориальные фонды.

Список литературы

1. Кадыров Ф. Н. Стимулирующие системы оплаты труда в рамках введения эффективного контракта / под ред. В. И. Стародубова. – М. : ИД «Менеджер здравоохранения», 2014.
2. Кадыров Ф. Н., Чилилов А. М., Обухова О. В. Основные подходы к оценке эффективности реализации «эффективного контракта» в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 2. – С. 66–74.
3. Кадыров Ф. Н., Чилилов А. М., Куфтова Ю. А. Основные контуры очередного реформирования отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 61–71.
4. Колосова Р. П. Профессиональные стандарты, сертификация квалификаций и эффективный контракт в системе социально-трудовых отношений // Социально-трудовая сфера в условиях инновационного развития: глобальное и локальное : сборник научных статей по материалам Международной научно-практической конференции. 27–28 ноября 2014 г. – Саратов, 2014. – С. 58–65.
5. Колосова Р. П., Разумова Т. О. Неустойчивость занятости: введение в анализ // Неустойчивость занятости (прекаризация): особенное и общее с учетом интеграционных усилий государства и общества : сборник. – М. : ИД «Магистр-Пресс», 2015. – С. 33–41.
6. Улумбекова Г. Э. Об оплате труда медицинских работников в 2013–2016 гг. // Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 1 (7). – С. 41–44.
7. Чилилов А. М., Лapidус Л. В., Пирогов М. В. Пути развития стандартизации российского здравоохранения на современном этапе // Вестник РАЕН. – 2015. – № 4. – С. 70–76.

8. Шавхалов Р. Н. Вопросы оплаты труда медицинских работников в свете реализации национального проекта «Здоровье» // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 10. – С. 30–34.
9. Шейман И. М., Сажина С. В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – Т. 27. – № 3. – С. 130–153.
10. Шипова В. М., Белостоцкий А. В., Киндаров З. Б., Ермолова М. В. Современное состояние нормативной базы по труду в здравоохранении // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2010. – № 6. – С. 22–28.
11. Gosden T., Williams J., Petchey R., Leese B., Sibbald B. Salaried Contracts in UK General Practice: A Study of Job Satisfaction and Stress // Journal of Health Services Research and Policy. – 2002. – Vol. 7. – N 1. – P. 26–33.
12. Grimshaw D. Changes in Skills-Mix and Pay Determination Among the Nursing Workforce in the UK // Work, Employment and Society Journal. – 1999. – Vol. 13. – N 2. – P. 295–328.
13. Thompson S. L., Salmon J. W. Physician Collective Bargaining in a U. S. Public Hospital // International Journal of Health Services. – 2003. – Vol. 33. – N 1. – P. 55–76.

References

1. Kadyrov F. N. Stimuliruyushchie sistemy oplaty truda v ramkakh vvedeniya effektivnogo kontrakta [Incentive Pay Systems as a Part of the Introduction of an Effective Contract], edited by V. I. Starodubov. Moscow, Publishing House «Healthcare Manager», 2014. (In Russ.).
2. Kadyrov F. N., Chililov A. M., Obukhova O. V. Osnovnye podkhody k otsenke effektivnosti realizatsii «effektivnogo kontrakta» v zdravookhraneni [The Main Approaches to Assessing the Effectiveness of the Implementation of the "Effective Contract" in Healthcare]. *Menedzher zdravookhraneniya* [Healthcare Manager], 2020, No. 2, pp. 66–74. (In Russ.).
3. Kadyrov F. N., Chililov A. M., Kuftova Yu. A. Osnovnye kontury ocherednogo reformirovaniya otraslevoy sistemy oplaty truda v zdravookhraneni [The Main Contours of the Next Reform of the Sectoral Wage System in Health Care]. *Menedzher zdravookhraneniya* [Healthcare Manager], 2019, No. 10, pp. 61–71. (In Russ.).
4. Kolosova R. P. Professionalnye standarty, sertifikatsiya kvalifikatsiy i effektivnyy kontrakt v sisteme sotsialno-trudovykh otnosheniy [Professional Standards, Certification of Qualifications and an Effective Contract in the System of Social and Labor Relations]. *Sotsialno-trudovaya sfera v usloviyakh innovatsionnogo razvitiya: globalnoe i lokalnoe, sbornik nauchnykh statey po materialam Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. 27–28 noyabrya 2014 g.* [Social and Labor Sphere in the Conditions of Innovative Development: Global and Local. Collection of scientific articles on the materials of the International Scientific and Practical Conference. November 27–28, 2014]. Saratov, 2014, pp. 58–65. (In Russ.).
5. Kolosova R. P., Razumova T. O. Neustoychivost zanyatosti: vvedenie v analiz [Employment Instability: an Introduction to Analysis]. *Neustoychivost zanyatosti (prekarizatsiya): osobennoe i obshchee s uchetom integratsionnykh usiliy gosudarstva i obshchestva, sbornik* [Employment Instability (Precarization): Special and General, Taking into Account the Integration Efforts of the State and Society. Collection of scientific articles]. Moscow, Publishing House «Magistr-Press», 2015, pp. 33–41. (In Russ.).
6. Ulumbekova G. E. Ob oplate truda meditsinskikh rabotnikov v 2013–2016 gg. [About the Wage System of Medical Workers in 2013–2016]. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obuchenie* [Organizational Health: News, Opinions, Training], 2017, No. 1 (7), pp. 41–44. (In Russ.).
7. Chililov A. M., Lapidus L. V., Pirogov M. V. Puti razvitiya standartizatsii rossiyskogo zdravookhraneniya na sovremennom etape [Ways of Development of Standardization of

Russian Health Care at the Present Stage]. *Vestnik RAEN* [Bulletin of the Russian Academy of Natural Sciences], 2015, No. 4, pp. 70–76. (In Russ.).

8. Shavkhalov R. N. Voprosy opłaty truda meditsinskikh rabotnikov v svete realizatsii natsionalnogo proekta «Zdorove» [The Questions of the Wage System of Medical Workers in the Light of the Implementation of the National Project "Health"]. *Ekonomika zdavookhraneniya* [Health Economics], 2008, No. 10, pp. 30–34. (In Russ.).

9. Sheyman I. M., Sazhina S. V. Kadrovaya politika v zdavookhraneni: kak preodolet defitsit vrachey [Personnel Policy in Healthcare: How to Overcome the Shortage of Doctors]. *Mir Rossii. Sotsiologiya. Etnologiya* [World of Russia. Sociology. Ethnology], 2018, Vol. 27, No. 3, pp. 130–153. (In Russ.).

10. Shipova V. M., Belostotskiy A. V., Kindarov Z. B., Ermolova M. V. Sovremennoe sostoyanie normativnoy bazy po trudu v zdavookhraneni [The Modern State of the Regulatory Framework for Labor in Healthcare]. *Zamestitel glavnogo vracha: lechbnaya rabota i meditsinskaya ekspertiza* [Deputy Chief Physician: Medical Work and Medical Examination], 2010, No. 6, pp. 22–28. (In Russ.).

11. Gosden T., Williams J., Petchey R., Leese B., Sibbald B. Salaried Contracts in UK General Practice: A Study of Job Satisfaction and Stress. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002, Vol. 7, No. 1, pp. 26–33.

12. Grimshaw D. Changes in Skills-Mix and Pay Determination Among the Nursing Workforce in the UK. *Work, Employment and Society Journal*, 1999, Vol. 13, No. 2, pp. 295–328.

13. Thompson S. L., Salmon J. W. Physician Collective Bargaining in a U. S. Public Hospital. *International Journal of Health Services*, 2003, Vol. 33, No. 1, pp. 55–76.

Сведения об авторах

Абдула Магомедович Чилилов

научный сотрудник НМИЦ хирургии им.
А. В. Вишневского Минздрава России.
Адрес: ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии
имени А. В. Вишневского»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, 117997, Москва,
ул. Большая Серпуховская, д. 27.
E-mail: chililov@mail.ru
ORCID: 0000-0001-9638-7833

Фарит Накипович Кадыров

доктор экономических наук,
заместитель директора ЦНИИОИЗ
Минздрава России.
Адрес: ФГБУ «Центральный научно-
исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, 127254, Москва,
ул. Добролюбова, д. 11.
E-mail: kadyrov@mednet.ru
ORCID: 0000-0003-4327-4418

Information about the authors

Abdula M. Chililov

Senior Researcher of the A. V. Vishnevsky
National Medical Research Center of Surgery.
Address: Federal State Budget Institution
'A. V. Vishnevsky National Medical Research
Center of Surgery' of the Ministry of Health
of the Russian Federation,
27 Bolshaya Serpukhovskaya Str.,
Moscow, 117997, Russian Federation.
E-mail: chililov@mail.ru
ORCID: 0000-0001-9638-7833

Farit N. Kadyrov

Doctor of Economics,
Associate Director
of the FRIHOI of MoH of the RF.
Address: Federal Research Institute
for Health Organization
and Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation,
11 Dobrolyubova Str., Moscow,
127254, Russian Federation.
E-mail: kadyrov@mednet.ru
ORCID: 0000-0003-4327-4418