

НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: ЕСТЬ ЛИ РЕЗУЛЬТАТ?¹

В 2008 г. в России началась реформа системы оплаты труда в бюджетном секторе. В статье на данных за 2010 год проводится анализ первых результатов реформы в медицинских учреждениях. Оцениваются распространенность новой системы оплаты по типам учреждений и регионам. Показано, что в целом уровень зарплаты и ее дифференциация стали выше в тех организациях, которые используют новую систему. В отношении мотивации и качества труда результаты пока неоднозначны.

Ключевые слова: учреждения здравоохранения; новая система оплаты труда (НСОТ); *pay for performance (P4P)*; оплата по результатам; оплата за качество работы; дифференциация зарплаток; мотивация труда.

Новая система оплаты труда в здравоохранении

Во всех современных экономиках отрасль здравоохранения – одна из быстро растущих сфер занятости. Численность работников здесь увеличивается как в абсолютных, так и в относительных терминах. Причин тому называют несколько: рост «спроса на здоровье» по мере того, как общество становится богаче; увеличение средней продолжительности жизни и постепенное старение населения не только в развитых, но и в развивающихся странах; усложнение медицинских технологий, которые требуют теперь не только работы врача, но и привлечения инженеров, техников, технологов. Важно отметить также, что в медицине новая высокоэффективная техника, как правило, не заменяет, а дополняет труд человека. Поэтому технический прогресс здесь идет рука об руку с ростом занятости.

Россия не представляет исключения в этом отношении – численность врачей в нашей стране, несколько сократившись в начале 1990-х годов, когда в целом в экономике наблюдалось резкое падение занятости, с 1995 года стала расти. Процесс этот стабильно продолжается год за годом, даже кризисы 1998 и 2008-2009 гг. не изменили ситуацию. Причем наблюдается рост абсолютной численности врачей параллельно с общей депопуляцией в стране: врачей становится все больше, а населения – все меньше. Естественно, подобная разнонаправленная динамика увеличивает показатель относительной численности врачей в расчете на 10000 человек населения, принятый в международной статистике для оценки систем здравоохранения. Россия по этому показателю стабильно входит в первую «тройку» наиболее обеспеченных врачами стран мира – в 2009 г., по данным Федеральной службы государственной статистики, он составил 50,1. Для сравнения: число врачей в расчете на 10000 жителей составляет в Великобритании 25,8, во Франции – 34,5, в Германии – 35,4, в США – 27,1, в Канаде – 21,4 [2].

Однако относительно высокая обеспеченность российского здравоохранения врачебными кадрами не приводит к существенному улучшению результатов деятельности отрасли. И хотя за последние годы достигнуты определенные успехи в сокращении младенческой и детской смертности, несколько увеличилась ожидаемая продолжительность жизни, Россия все еще существенно отстает по этим показателям не только от

¹ Статья подготовлена по результатам проекта «Мониторинг экономических процессов в здравоохранении», выполненного в 2010 году в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

развитых европейских государств, но и от стран Балтии и Восточной Европы. Качество медицинской помощи, ее доступность и своевременность предоставления все чаще становятся объектом справедливой критики со стороны общества.

Недостаточную эффективность медицинской помощи обычно объясняют низкими зарплатами персонала. Действительно, средняя заработная плата в отрасли значительно отстает от средней в экономике. Вместе с тем, рост зарплаты в здравоохранении идет более быстрыми темпами, поэтому относительная зарплата, составлявшая в 2000 году 60% от среднего уровня, к 2010 году поднялась до 80%. Средняя зарплата врача в том же 2010 году практически сравнялась со средней в экономике. Однако и этот уровень представляется низким, если принять во внимание продолжительность обучения врача, напряженность и ответственность его работы, необходимость постоянного повышения квалификации. Так, в европейских странах (включая и такие, как Чехия и Венгрия) заработки врачей общей практики превышают средний уровень зарплаты в экономике в 2,5-3,5 раза, для узких специалистов этот разрыв еще выше.

Возникает, тем не менее, закономерный вопрос: даст ли дальнейший рост зарплаты медицинских работников желаемый эффект, с точки зрения качества и доступности медицинской помощи? Ведь в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» уже были существенно повышены оклады работникам первичной медико-санитарной помощи (терапевтам, педиатрам и работающим с ними медицинским сестрам), а существенных изменений в эффективности работы первичного звена не отмечено. Представляется, что «механическое» увеличение зарплаты без привязки к конкретным результатам деятельности работника не имеет экономического смысла и, более того, может иметь ощутимые инфляционные последствия, ведь в отрасли трудятся сегодня около 7% занятых в экономике.

Теория экономики персонала и многочисленные эмпирические исследования свидетельствуют о том, что продуманная система оплаты и тип контракта, заключаемого с работником, оказывают, как правило, более существенное влияние на его трудовое поведение, чем простое (необусловленное) повышение зарплаты [5]. Именно поэтому сегодня в большинстве стран мира пытаются выстраивать достаточно сложные схемы оплаты труда медицинского персонала, фактически применяя в общественном здравоохранении принцип Р4Р (pay-for-performance), хорошо известный в бизнесе. Р4Р часто переводят на русский язык, как «оплату за результат» или «оплату по результатам». Такой перевод, строго говоря, не вполне верен: performance – это процесс деятельности, а не ее итог. Речь идет о том, *как* работник трудится, какие прилагает *усилия*, каково *качество его работы*. Разумеется, от этого зависит и результат, но его часто бывает сложно измерить. Кроме того, результат во многих случаях определяется деятельностью многих работников, и тогда индивидуальный вклад бывает непросто выделить и оценить.

Помимо сложностей оценки качества работы отдельного сотрудника, возникают и другие проблемы. Идея использования Р4Р в том, что увязка зарплаты с качеством работы будет побуждать персонал трудиться более продуктивно. Действительно, можно представить, что молодой, малоопытный и недостаточно квалифицированный работник, глядя на тех, кто трудится лучше и зарабатывает больше, постарается повысить свою квалификацию, будет перенимать опыт, прилагать больше усилий, поскольку видит перспективу роста зарплаты. Однако это, как правило, неверно в отношении опытных и немолодых сотрудников, которые не считают необходимым дополнительно учиться, менять привычные методы работы. Часто в коллективе возникают напряжение, обиды, зависть, что, по сути, снижает трудовую мотивацию. Поэтому некоторыми

исследователями положительный эффект подобной системы оплаты труда в принципе ставится под вопрос. Так, Коухерд и Левин [4] и Блум [3] отмечают негативное влияние значительных различий в заработках на качество выпускаемой продукции из-за чувства несправедливости, возникающего у работников. В этом смысле горизонтальная дифференциация (то есть, внутри отдельных профессионально-квалификационных групп) оказывает большее воздействие, чем вертикальная [7]. Однако, несмотря на возможные негативные последствия, оплата труда с учетом качества и результатов деятельности остается сегодня одним из ключевых направлений политики управления человеческими ресурсами в общественном секторе большинства стран мира [6].

Этот же принцип лег, по сути, и в основу недавней реформы оплаты труда в бюджетном секторе России, в том числе в учреждениях здравоохранения. Официально переход бюджетных учреждений на так называемую *новую систему оплаты труда* (НСОТ)² был начат в 2008 году. Идея реформы состояла в отказе от изжившей себя единой тарифной сетки (ЕТС) и введении более гибкой системы оплаты, которая давала бы возможность в значительной степени привязать заработок к результатам труда конкретного работника, дифференцируя таким образом зарплату внутри отдельных квалификационных групп. Принципиальным отличием НСОТ от действовавшей прежде системы стало отсутствие «потолка» зарплаты в рамках той или иной квалификационной группы, а также возможность сохранения общего фонда зарплаты при сокращении штата (в том случае, если объем работ/услуг не меняется). Важно отметить, что руководитель учреждения в новой системе самостоятельно утверждает штатную численность в зависимости от целей, задач и объемов работ, он не регламентирован штатным расписанием, заданным ему «сверху». Кроме того, обязательным элементом заработка становятся стимулирующие надбавки (не менее 30%), которые должны быть привязаны к качеству и результатам деятельности конкретного работника. Таким образом, у руководителя возникает возможность перераспределения средств в пользу более продуктивных работников и, по мере необходимости, оптимизации штатов. Ожидалось также, что привязка заработка к качеству и результату работы повысит мотивацию и эффективность труда. Характеристики старой системы оплаты труда, основанной на ЕТС, и новой системы представлены в таблице 1. Предполагаемые изменения уровня и дифференциации зарплаты, текучести кадров и уровня мотивации выделены курсивом.

Таблица 1. Характеристики систем оплаты труда в бюджетном секторе

	ЕТС (1992-2008)	НСОТ (2008 - ...)
Уровень заработной платы	Зависит от должности и формальной квалификации, фиксированы минимум и максимум	Зависит от должности, квалификации, качества и результата работы, фиксирован минимум
Фонд зарплаты	Определяется объемом работ/услуг и штатной численностью	Определяется объемом работ/услуг; не зависит от штатной численности
Дифференциация зарплатов внутри и между квалификационными группами	Низкая	<i>Растет?</i>
Текучесть кадров	Низкая	<i>Растет?</i>
Средний уровень зарплаты	Низкий	<i>Растет?</i>
Уровень мотивации	Низкий	<i>Растет?</i>

² Постановление Правительства РФ № 605 от 22.09.07. «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и гражданского персонала воинских частей, оплата труда которых осуществляется на основе единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».

Новая система оплаты труда вводилась в отрасли здравоохранения поэтапно: некоторые регионы начали применять ее в своих медицинских учреждениях в рамках пилотных проектов уже в 2007 году; с декабря 2008 года, в соответствии с Постановлением Правительства РФ №605, на НСОТ перешли все учреждения федерального подчинения. В остальных медицинских учреждениях процесс перехода продолжается и еще до конца не завершен, по регионам он проходит неравномерно.

Мы попытались оценить некоторые результаты введения НСОТ с помощью данных Мониторинга экономических процессов в здравоохранении, проведенного НИУ ВШЭ в ноябре 2010 года. База данных представляет результаты опроса главных врачей 1027 медицинских учреждений 40 регионов России.

Масштабы введения НСОТ в учреждениях здравоохранения

Среди прочих, главным врачам медицинских учреждений задавали вопросы, касающиеся перехода на так называемую новую систему оплаты труда (НСОТ). Как показал мониторинг, переход на НСОТ в медицинских учреждениях к ноябрю 2010 года был еще далеко от завершения. Так, из 1027 опрошенных главных врачей ответили, что их учреждения перешли на НСОТ, немногим более половины - 552 человека или 54%. Таким образом, 47% учреждений, попавших в выборку, на момент опроса (июль 2010 года) так и не ввели новую систему оплаты труда.

Среди тех учреждений, что вводили НСОТ, процесс проходил наиболее интенсивно в 2009 году, в 2010-м он, очевидно, замедлился - даже с учетом того, что опрос проводился в середине года. Если в течение 2009 года были переведены на НСОТ 299 учреждений (или 29% попавших в выборку), то за 6 месяцев 2010 года - всего 35, или 3% (см. рис. 1).

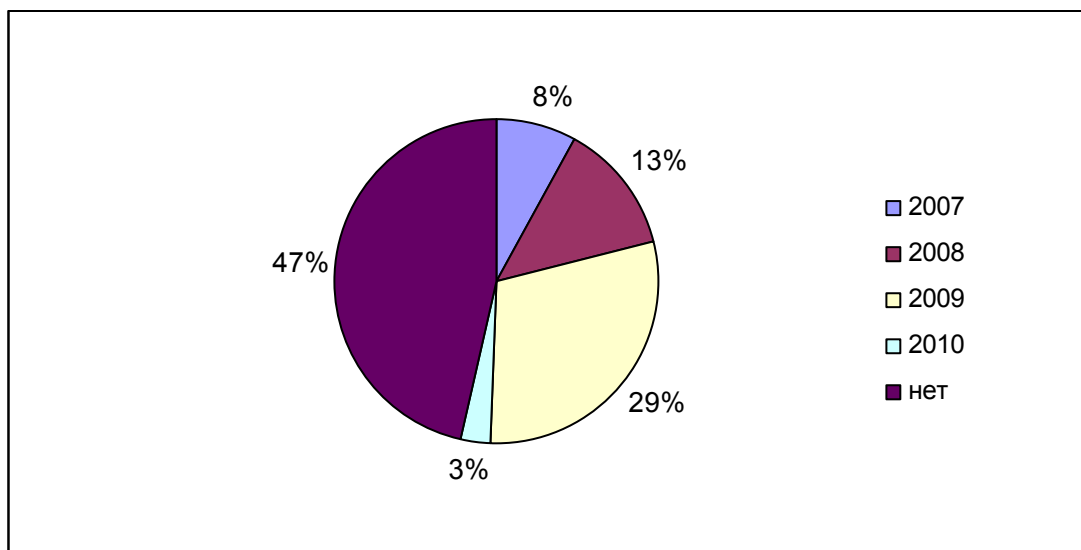


Рисунок 1. Численность медицинских учреждений, введивших и не введивших НСОТ, по годам с 2007 по 2010 (в % от попавших в выборку)

Процесс перехода на НСОТ осуществлялся неравномерно в разрезе регионов РФ. Из попавших в выборку 40 субъектов федерации в 10-ти к ноябрю 2010 года уже перешли на новую систему оплаты все обследуемые медицинские учреждения (Ставропольский и Хабаровский края, Владимирская, Нижегородская,

Ивановская, Новосибирская, Оренбургская, Томская, Тульская, Ульяновская и Ярославская области, республики Бурятия, Дагестан и Кабардино-Балкария). И наоборот, в 4-х регионах (среди них – Москва, Приморский край, Волгоградская и Курганская области, Карачаево-Черкесская республика и Марий Эл) нет ни одного учреждения, которое ввело НСОТ.

Введение новой системы оплаты труда проходило также неравномерно по учреждениям разного типа. Как показывает анализ (таблица 2), наиболее активными в этом отношении оказались центральные районные и областные (краевые) больницы. К июлю 2010 года завершили переход на НСОТ 78% областных и 66% центральных районных больниц, тогда как половина попавших в выборку городских поликлиник и более половины (54%) городских больниц еще не перешли на новую систему оплаты. Скорее всего, это можно объяснить и лучшей финансовой обеспеченностью крупных медицинских учреждений, и – главное – различиями кадрового состава, в том числе – экономических служб.

Таблица 2. Переход медицинских учреждений на новую систему оплаты труда с 2007 по 2010 гг., в разрезе типов учреждений

Тип учреждения		Всего в выборке	Перешли на новую систему оплаты труда								Не перешли на НСОТ	
			с 2007 г.	% от всех учреждений этого типа	с 2008 г.	% от всех учреждений этого типа	с 2009 г.	% от всех учреждений этого типа	с 2010 г.	% от всех учреждений этого типа		% от всех учреждений этого типа
1	областная (краевая) больница	41	6	14,6	6	14,6	13	31,7	7	17,1	9	22,0
2	городская больница	355	23	6,5	38	10,7	92	25,9	9	2,5	193	54,4
3	городская поликлиника	383	35	9,1	52	13,6	96	25,1	11	2,9	189	49,3
4	ЦРБ	248	18	7,3	40	16,1	98	39,5	8	3,2	84	33,9
Итого:		1027	82		136		299		35		475	

На вопрос о том, что препятствует введению НСОТ, руководители этих учреждений говорят, прежде всего, об отсутствии достаточного финансирования (65% опрошенных), о неразработанности системы показателей оценки деятельности сотрудника (47% опрошенных), о неготовности коллектива к введению новой системы (19%) (таблица 3, респонденты могли дать несколько ответов). И хотя определенные проблемы с финансированием, особенно в 2009 году, можно, по-видимому, назвать объективным препятствием к введению НСОТ, частота ответов о неразработанности системы оценки показывает в целом пассивное отношение многих руководителей учреждений к проводимой реформе. НСОТ вводилась поэтапно уже с 2007 года, за это время в отрасли накоплен значительный опыт как разработки, так и применения показателей оценки деятельности

сотрудников. По данным мониторинга, 85% медицинских учреждений, которые перешли за 2007-2010 гг. на новую систему оплаты, фактически используют специальную систему показателей оценки результативности деятельности сотрудников для установления стимулирующих надбавок. Таким образом, создание собственной системы, особенно с учетом опыта коллег из других учреждений, не требует от руководителей значительных финансовых затрат или времени, так что ссылки на неразработанность системы в 2010 году представляются уже скорее способом замаскировать собственную бездеятельность. Можно предположить, что главные врачи учреждений, не введших НСОТ, просто не видят каких-либо возможных выгод от ее внедрения.

Таблица 3. Препятствия к введению новой системы оплаты труда, отмеченные главными врачами учреждений, не введших НСОТ (в % к общей численности не введших)

	Препятствия	Число отметивших	%
1	Неразработанность системы показателей оценки результативности деятельности сотрудников	224	47%
2	Отсутствие достаточного финансирования	310	65%
3	Неготовность коллектива к введению новой системы	90	19%

Изменения в сфере занятости и оплаты труда, в результатах и качестве работы

Главные врачи, чьи учреждения были переведены на НСОТ, по-разному оценивают ее воздействие на результаты деятельности. Тех, кто отмечает отрицательное влияние, очевидное меньшинство - всего 64 человека из 552, или 12%. Отмечают положительное влияние НСОТ 229 человек, или 41%. Важно, однако, отметить, что почти половина опрошенных главных врачей, введших новую систему оплаты труда, не видят никаких изменений в результатах работы своих учреждений.

Важным представляется в этом контексте ответ на вопрос анкеты «Как бы Вы в целом оценили изменения в отношении к труду в Вашем учреждении, произошедшие в 2010 году?». Анализ ответов главных врачей (таблица 4) не выявляет статистически значимых различий между двумя группами учреждений – введших и не введших новую систему оплаты.

Таблица 4. Как бы Вы в целом оценили изменения в отношении к труду Ваших сотрудников, произошедшие в 2010 году?

		Всего по выборке	%	перешли на НСОТ	%	не перешли на НСОТ	%
1	улучшилось	310	30%	169	31%	141	30%
2	не изменилось	563	55%	296	54%	267	56%
3	ухудшилось	66	6%	37	7%	29	6%
4	затрудняюсь ответить	88	9%	50	9%	38	8%
	Итого:	1027	100%	552	100%	475	100%

Главным врачам задавали также вопрос о принципиальной необходимости совершенствования системы

оплаты труда. Как и на первом этапе мониторинга, осенью 2009 года³, подавляющее большинство опрошенных в 2010 году (96%) считают, что совершенствовать систему в принципе нужно, и склоняются скорее к тому, что нужны уточнения критериев установления надбавок и повышение доли стимулирующих выплат (51%). Причем необходимость уточнения критериев и повышения доли стимулирующих выплат в равной мере отмечают как главные врачи, уже осуществившие реформы в своем учреждении, так и те, кто НСОТ еще не вводил. Интересно отметить, однако, что по сравнению с опросом 2009 года, когда ни один респондент не предложил возврата к прежней системе оплаты (ЕТС), в 2010 году такие ответы обнаружились в 8% случаев. Их распределение показывает, что в большей степени испытывают ностальгию по старой системе оплаты труда именно те главврачи, которые еще от нее фактически не отказались (в этой группе дали положительный ответ 15%), тогда как среди руководителей, чьи учреждения перешли на НСОТ, желающих вернуться к прежней системе существенно меньше (всего 3%).

По мнению главных врачей, за последний год в их учреждениях происходили определенные изменения в сфере занятости и оплаты труда. Так, наиболее ощутимыми оказались (в целом по всей выборке):

1. повышение среднего размера оплаты труда (отметили 44% опрошенных);
2. усиление зависимости заработка от индивидуального вклада работника (36%);
3. улучшение дисциплины и повышение мотивации персонала (30%).

Реже отмечают такие изменения, как увеличение доли "негарантированной части" заработка (26%); рост дифференциации оплаты труда в рамках одной квалификационной группы (25%); снижение коэффициента совместительства (20%) и текучести кадров (16%), сокращение списочной численности персонала (14%).

Большинство отмеченных главными врачами изменений носит, безусловно, положительный характер с точки зрения перехода учреждений бюджетной сферы на оплату труда по результатам и повышения бюджетной эффективности в целом. Интересно, однако, понять, насколько названные изменения связаны с переходом учреждений на НСОТ. Распределение ответов главных врачей на соответствующий вопрос анкеты представлено ниже в разрезе двух групп учреждений - введших и не введших НСОТ (таблица 5). Отчетливо видны различия в ответах: главные врачи, введшие новую систему оплаты труда, существенно чаще отмечают рост средней заработной платы сотрудников и дифференциации зарплаток, среди них также несколько выше доля отметивших усиление зависимости заработка от индивидуального вклада работника и рост «негарантированной» части заработка. Важно также отметить, что руководители учреждений, не введших НСОТ, вдвое чаще отмечают снижение текучести кадров. Это может свидетельствовать о так называемой «сортировке» работников – в том сегменте здравоохранения, где внедряется оплата по результатам, неизбежны перемещения персонала; там же, где изменений в системе оплаты не происходило, занятость характеризовалась большей стабильностью, ранее свойственной всей отрасли здравоохранения в целом.

Одним из основных отличий новой системы оплаты труда, как декларировалось в ее основополагающих документах, должна стать непосредственная увязка итогового размера заработка с трудовым вкладом каждого работника. Вклад этот может оцениваться как с качественной, так и с количественной стороны, причем в здравоохранении часто конечный результат зависит не только от отдельного работника, но и от действий всего коллектива - подразделения, учреждения в целом. Качество работы бывает трудноизмеримым, и поэтому системы оплаты труда в здравоохранении зачастую используют вместо показателей качества

³ Подробнее результаты первого этапа Мониторинга см. в работе [1].

показатели квалификации персонала, как легко наблюдаемые и формально определяемые. Главные врачи медучреждений в ходе мониторинга отвечали на вопрос о том, в какой степени зависит зарплата их персонала от тех или иных индивидуальных характеристик, объема и качества их работы, коллективных результатов работы подразделений/учреждений.

Таблица 5. Наблюдались ли в 2010 году в Вашем учреждении названные изменения в сфере занятости и оплаты труда? (возможно несколько ответов)

		перешли на НСОТ	% отве- тивших	не перешли на НСОТ	% отве- тивших
1	Увеличился средний размер оплаты труда работников	298	54%	156	33%
2	Выросла дифференциация в оплате труда работников внутри одной квалификационной группы	160	29%	101	21%
3	Увеличилась доля «негарантированной» части оплаты труда (надбавки, премии)	154	28%	110	23%
4	Усилилась зависимость заработка от индивидуального вклада работника	207	38%	160	34%
5	Сократилась списочная численность персонала	80	14%	68	14%
6	Снизился коэффициент совместительства	105	19%	99	21%
7	Снизилась текучесть кадров	63	11%	98	21%
8	Улучшилась дисциплина и повысилась мотивация персонала	157	28%	153	32%

В целом по выборке, по мнению главных врачей, можно наблюдать наибольшую зависимость зарплаты от объемов выполняемой работы (отметили 65% опрошенных), а также от ее качества (50%) и результатов работы учреждения/подразделения (48%/46%). В меньшей степени в формировании индивидуального заработка играют роль личный трудовой вклад и квалификация сотрудника (отметили 49 и 41%, соответственно). Самым малозначительным фактором, по мнению главврачей, остаются "отношения с руководством" - 79% опрошенных уверены, что они не влияют на размер оплаты труда персонала.

Если рассмотреть ответы главных врачей в разрезе двух групп учреждений – вводящих и не вводящих новую систему оплаты труда, то оказывается, что в учреждениях, где не происходило изменений в принципах оплаты, более важную роль играет фактор квалификации врача (таблица 6). Это и понятно, поскольку квалификация легко оценивается с помощью квалификационных категорий и стажа работы, что не требует от руководителя больших усилий.

Таблица 6. В какой степени размер зарплаты подчиненных Вам врачам зависит от следующего:

		перешли на НСОТ	%	не перешли на НСОТ	%
от их квалификации					
1	значительно	198	36%	218	46%
2	незначительно	335	61%	249	52%
3	не зависит	16	3%	7	1%
4	затрудняюсь ответить	3	1%	1	0%
	Итого:	552	100%	475	100%
от личного трудового вклада					
1	значительно	283	51%	218	46%
2	незначительно	167	30%	183	39%
3	не зависит	92	17%	64	13%
4	затрудняюсь ответить	10	2%	10	2%
	Итого:	552	100%	475	100%
от отношений с руководством					
1	значительно	11	2%	13	3%
2	незначительно	43	8%	47	10%
3	не зависит	441	80%	370	78%
4	затрудняюсь ответить	57	10%	45	9%
	Итого:	552	100%	475	100%
от объемов выполняемой ими работы					
1	значительно	376	68%	295	62%
2	незначительно	126	23%	152	32%
3	не зависит	44	8%	24	5%
4	затрудняюсь ответить	6	1%	4	1%
	Итого:	552	100%	475	100%
от качества работы					
1	значительно	273	49%	244	51%
2	незначительно	204	37%	169	36%
3	не зависит	64	12%	59	12%
4	затрудняюсь ответить	11	2%	3	1%
	Итого:	552	100%	475	100%
от конечных результатов работы отделения, подразделения					
1	значительно	261	47%	216	45%
2	незначительно	183	33%	176	37%
3	не зависит	90	16%	78	16%
4	затрудняюсь ответить	18	3%	5	1%
	Итого:	552	100%	475	100%
от конечных результатов работы всего учреждения					
1	значительно	252	46%	237	50%
2	незначительно	199	36%	167	35%
3	не зависит	83	15%	67	14%
4	затрудняюсь ответить	18	3%	4	1%
	Итого:	552	100%	475	100%

Напротив, в группе медицинских учреждений, внедривших новую систему оплаты, чаще называют такие факторы, определяющие заработок, как личный трудовой вклад работника и объем выполняемой им работы. В принципе, это как раз должно свидетельствовать об успешной реализации основных принципов НСОТ, однако надо признать, что наблюдаемые различия в ответах пока не слишком существенны (5-10%). Кроме того, вклад такого важного фактора, как качество работы, отмечается даже чаще врачами тех учреждений, которые НСОТ не вводили; во всяком случае, существенных различий в этом вопросе между двумя группами не наблюдается.

Интересно понять, различаются ли объективные оценки деятельности медицинских учреждений, вводящих и не вводящих новую систему оплаты труда. Для этого в анкету были включены вопросы о том, как изменилось за прошедший год количество дефектов медицинской помощи, выявленное в учреждении (экспертами страховых компаний по ОМС, экспертами Росздравнадзора). Ответы явно показывают, что в группе вводящих НСОТ чаще встречаются учреждения, в которых число выявленных дефектов сократилось (таблицы 7 и 8).

Таблица 7. Изменилось ли в 2010 году по сравнению с 2009 годом в Вашем учреждении количество дефектов качества медицинской помощи, выявляемое экспертами страховых компаний по ОМС?

		перешли на НСОТ	%	не перешли на НСОТ	%
1	Число выявленных дефектов уменьшилось	319	58%	227	48%
2	Число выявляемых дефектов не изменилось	164	30%	192	40%
3	Число выявленных дефектов увеличилось	40	7%	15	3%
4	Страховые компании не занимаются выявлением дефектов качества медицинской помощи	29	5%	41	9%
	Итого:	552	100%	475	100%

Таблица 8. Изменилось ли в 2010 году по сравнению с 2009 годом в Вашем учреждении количество дефектов качества медицинской помощи, выявляемое экспертами Росздравнадзора?

		перешли на НСОТ	%	не перешли на НСОТ	%
1	Число выявленных дефектов уменьшилось	262	47%	191	40%
2	Число выявляемых дефектов не изменилось	181	33%	178	37%
3	Число выявленных дефектов увеличилось	14	3%	8	2%
4	Росздравнадзор не проводит экспертизу качества медицинской помощи	95	17%	98	21%
	Итого:	552	100%	475	100%

Наоборот, среди тех, кто не вводил новую систему оплаты, больше учреждений, где число выявленных дефектов не изменилось. В этой же группе значимо чаще отвечают, что экспертиза качества просто не проводится – очевидно, этот факт объясняется различиями в институциональной структуре, ведь здесь значительно больше доля поликлиник и городских больниц, тогда как в первой группе (введивших НСОТ) больше областных (краевых) и центральных районных больниц. Можно предположить, что внимание контролирующих органов в большей степени обращено на стационары и на крупные медицинские учреждения.

На вопрос о том, что могло бы более действенно мотивировать врачей к лучшей работе, главные врачи также могли дать несколько ответов. И по этому вопросу мнения руководителей в двух группах учреждений в принципе совпадают, все они ставят на первое место справедливую оплату труда, на второе – наличие современного оборудования, на третье – комфортные условия работы врача. Вместе с тем, в группе учреждений, введивших НСОТ, справедливую оплату труда и наличие нового оборудования отмечают чаще; в группе, где новая система оплаты еще не введена, чаще говорят о возможностях профессионального роста и повышения квалификации, а также о расширении возможностей для получения дополнительного заработка, очевидно, имея в виду компенсацию низкой зарплаты по основному месту работы.

* * *

В целом, характеризуя процесс перехода на новую систему оплаты труда медицинских учреждений, попавших в выборку Мониторинга, можно сделать следующие выводы:

1. Введение НСОТ проходило в 2007-2010 годы достаточно неравномерно, как во времени, так и в региональном разрезе: наиболее быстрыми темпами процесс шел в 2009 году, в 2010-м значительно замедлился. Отдельные регионы перевели на новую систему оплаты труда все учреждения, другие, наоборот, на момент опроса еще не приступали к введению НСОТ. 46% попавших в выборку учреждений не вводили НСОТ. Темпы реформы различаются также по типам учреждений: в более крупных и самостоятельных (областные больницы и ЦРБ) этот процесс идет активнее, чем в мелких (поликлиники и городские больницы);
2. Основные формальные принципы, заложенные в основу НСОТ, в целом выдерживаются в тех учреждениях, где прошла реформа: 85% из них используют специальную систему показателей оценки результативности деятельности сотрудников для установления стимулирующих надбавок;
3. Главные врачи, которые пока не ввели новую систему оплаты труда, называют основными препятствиями отсутствие необходимого финансирования, неразработанность системы показателей оценки результативности деятельности сотрудников и неготовность коллектива к подобным нововведениям. Необходимость уточнения критериев установления надбавок и увеличения доли стимулирующих надбавок отмечают чуть более половины главных врачей, независимо от того, вводило ли учреждение новую систему оплаты. Однако среди тех, кто не вводил НСОТ, значительно выше доля желающих вернуться к прежней системе, основанной на ЕТС;
4. Большинство главных врачей, чьи учреждения переведены на новую систему оплаты, либо отмечают ее позитивное влияние на результаты деятельности учреждения, либо не находят существенных

изменений. Улучшение в отношении к труду своих коллег отмечают около трети руководителей, введших НСОТ, но и в той группе, где НСОТ не вводилась, оценки руководителей такие же, так что говорить о влиянии НСОТ на отношении к труду (по оценкам главврачей) нет оснований;

5. В учреждениях, введших НСОТ, происходили определенные изменения в сфере занятости и оплаты труда: в сравнении с теми, кто сохранил прежнюю систему оплаты, значительно чаще упоминаются рост средней заработной платы, рост дифференциации в оплате труда работников внутри одной квалификационной группы, увеличение доли «негарантированной» части заработка, усиление его зависимости от индивидуального вклада работника. В то же время, медицинские учреждения, введшие НСОТ, существенно реже отмечают снижение текучести кадров.
6. В учреждениях, введших и не введших НСОТ, различаются основные факторы, влияющие на зарплату персонала: там, где реформа не проводилась, более значимой оказывается квалификация, там, где действует новая система, - объем работы и личный трудовой вклад сотрудника;
7. В учреждениях, введших НСОТ, улучшилось качество работы – снизилось число дефектов медицинской помощи, выявляемых как страховыми компаниями, так и Роспотребнадзором;
8. Анализ ответов главных врачей на вопросы общего характера, касающиеся управления и мотивации персонала, не выявляет существенных различий между теми, кто вводил и не вводил НСОТ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что реформа оплаты труда в сфере здравоохранения еще далека от успешного завершения: почти половина учреждений не ввели новую систему, там же, где она введена, оценки результатов реформы пока достаточно противоречивы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колосницына М.Г., Владимирская Е.Н. Реформирование оплаты труда в государственном секторе (на примере медицинских учреждений трех российских регионов). Вопросы статистики, 2010, №11, сс.38-46.
2. Росстат (2010). Россия и страны мира - 2010. Статистический сборник. М.: «Статистика России».
3. Bloom M. (1999). The Performance effect of pay dispersion on individuals and organizations. *Academy of Management Journal*, Vol.42, pp.25-40;
4. Cowherd D., Levine D. (1992). Product Quality and Pay Equity Between Low-Level Employees and Top Management: An Investigation of Distributive Justice Theory. *Administrative Science Quarterly* Vol.37, No.2, pp. 302-320;
5. Lazear E.D. (1995). *Personnel Economics*. The MIT Press, Cambridge, London.
6. OECD (2005). *Performance-related Pay Policies for Government Employees*.
7. Shaw J.D., Gupta N., Delery J.E. (2002). Pay dispersion and work force performance: Moderating effects of incentives and interdependence. *Strategic Management Journal* Vol.23, 491-512.