

УДК 332.1

DOI: 10.14258/epb201997

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РЕГИОНА

Д. Е. Борисова

Алтайский государственный университет (Барнаул, Россия)

В статье рассмотрены проблемы системы оплаты труда в региональном здравоохранении. Приведено обоснование вывода о стойком дисбалансе доходов и расходов медицинских организаций на фоне общего увеличения объемов финансирования отрасли. Отмечено, что основной статьёй расходов медицинских организаций является фонд оплаты труда, анализу которого уделяется недостаточно внимания.

Высокая доля расходов на оплату труда, низкий уровень заработной платы в отрасли по сравнению с соседними субъектами, дифференциация уровней заработных плат, неравномерная структура и низкая доля гарантированной части заработной платы, нагруженность системы оплаты труда и низкий уровень автоматизации информационных систем — выделены в качестве основных проблем. При этом отвечающая современным требованиям система оплаты труда в сфере здравоохранения, по мнению автора, является залогом экономической и социальной безопасности региона и государства.

Система оплаты труда в здравоохранении регионов нуждается в формировании новых подходов. По мнению автора, требуется выстраивание системы оплаты труда по иерархическому типу в зависимости от уровня медицинской организации, с опорой на теорию центральных мест и развитие межмуниципального взаимодействия.

В процессе анализа использованы статистические и аналитические данные за последние 5 лет, а также методы динамического и структурного анализа, оценки достижения целевых показателей, комплексный подход.

Ключевые слова: система оплаты труда, заработная плата, структура заработной платы, региональное здравоохранение, экономическая безопасность, социальная безопасность.

IMPROVEMENT OF WAGE SYSTEM IN HEALTH CARE AS A FACTOR IN INCREASING THE ECONOMIC SECURITY OF THE REGION

D. E. Borisova

Altai State University (Barnaul, Russia)

The article considers the problems in regional healthcare wage system. It is found that the persistent imbalance between income and expenses formed against the background of increased funding of the public health. It is noted that the main item of expense of medical organizations is the wage fund, which remains understudied.

The high share of labor costs, low level of wages in the industry compared to neighboring entities, wage differentials, erratical wage framework and low share of the guaranteed part of wages, overloading of the wage system and low level of automation of information systems are highlighted as major issues. At the same time, in the author's view, the healthcare wage system that meets modern requirements is the key to the economic and social security of the region and the state.

The regional healthcare wage system needs to develop new approaches. According to the author, it is required to build a wage system according to a hierarchical type, depending on the level of the medical organization, based on the central place theory and the development of inter-municipal cooperation.

The analysis is based on statistical and analytical data for the last 5 years, as well as methods of dynamic and structural analysis, measuring the achievement of targets and integrated approach.

Keywords: wage system, wages, wage framework, regional healthcare, economic security, social security.

Введение. Стратегия экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 г. к основным вызовам и угрозам относит снижение качества и доступности медицинской помощи и, как следствие, снижение качества человеческого потенциала [1].

Качество и доступность медицинской помощи в регионе напрямую зависят от финансового состояния медицинских организаций, которые такую помощь представляют.

В настоящее время в регионах сформировалась противоречивая ситуация — стойкий дисбаланс доходов и расходов медицинских организаций на фоне общего увеличения объемов финансирования отрасли. При этом основной статьей расходов медицинских организаций является фонд оплаты труда, анализу которого уделяется недостаточно внимания.

Целью данной статьи является обобщение результатов комплексного анализа системы оплаты труда в здравоохранении региона и определение

детерминированных угроз экономической безопасности.

Методика исследования основывается на статистических и экономических данных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья и государственной статистики за последние 5 лет. Используются методы динамического и структурного анализа, оценки достижения целевых показателей, комплексный подход.

Результаты исследования. В здравоохранении России занято 4,4 млн человек, или 6,2% работающих в экономике [2, с. 109], в связи с чем соответствующая современным условиям система оплаты труда является залогом экономической безопасности конкретной организации и региона.

В Алтайском крае в сфере здравоохранения задействовано более 50 тыс.ч человек, объем финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ) за последние 5 лет увеличился более чем в 1,5 раза, что представлено на рисунке 1.

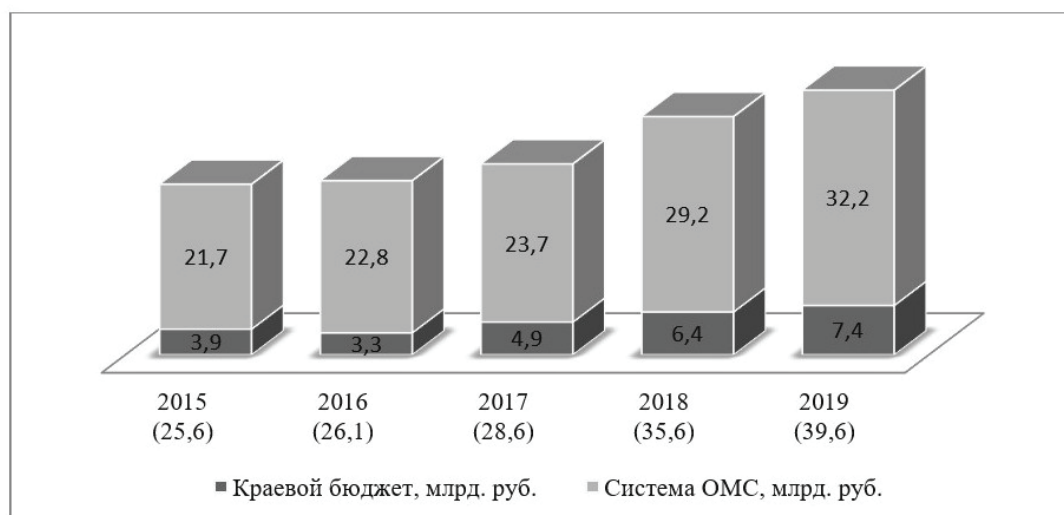


Рис. 1. Динамика стоимости ТПГГ в Алтайском крае в 2015–2019 гг.

Объем средств краевого бюджета за последние 5 лет увеличился на 3,5 млрд руб., доля средств краевого бюджета выросла с 15 до 19%. Объем средств ОМС прирос на 10,5 млрд руб., при этом доля снизилась с 85 до 81%. При существенном увеличении финансирования в части медицинских организаций с 2015 г. сформировалась просроченная кредиторская задолженность.

Наличие просроченной кредиторской задолженности негативно влияет на финансовое положение муниципальных образований, в которых находятся районные больницы, поскольку налог на доходы физических лиц — существенная доходная часть районного бюджета и расположенных

на территории района организаций. Несвоевременное поступление доходов в районные бюджеты приводит к неравномерному исполнению и дефициту местных бюджетов, проблемам с финансированием муниципальных бюджетных организаций, программ развития сельских поселений, ремонта дорог.

При этом, как было отмечено ранее, основным направлением расходования средств медицинских организаций является фонд оплаты труда.

На рисунке 2 сопоставлены размеры фондов оплаты труда и объемов ТПГГ Алтайского края за последние 5 лет. Доля расходов на оплату труда в 2019 г. сложилась на уровне 55%, тогда

как по итогам 2016 г. она составляла 65%, была максимальной за 5 лет и критической, так как при-

вела к появлению и росту просроченной кредиторской задолженности.



Рис. 2. Соотношение размеров фонда оплаты труда медицинских организаций и объемов ТПГТ Алтайского края в 2015–2019 гг.

Несмотря на приемлемый средний удельный вес фонда оплаты труда, в разрезе медицинских организаций этот показатель значительно варьируется от 23 до 96%. При этом, по мнению автора, значение показателя более 70% представляет угрозу финансовой устойчивости организации.

На сегодняшний день в крае функционируют 159 государственных медицинских организаций. В 2019 г. в 65 (41%) из 159 медицинских организаций расходы на фонд оплаты труда с начислениями не превысили 70% общего объема финансирования, что является оптимальным. В 68 (43%) медицинских организациях такие расходы составили от 70 до 80%, то есть находились на предельном уровне. Наконец, в 26 (16%) орга-

низациях фонд оплаты труда превысил 80%-ный барьер и являлся критичным для нормального, качественного осуществления медицинской деятельности. Такая неравномерность распределения не позволяет полностью погасить просроченную кредиторскую задолженность, а также порождает различие в размерах заработных плат среди организаций разных уровней, но одного уровня оказания помощи, а также в городской и сельской местности. Данные обстоятельства способствуют формированию неблагоприятного климата в коллективах.

Вместе с тем в отрасли наблюдается рост средней заработной платы работников, что представлено на рисунке 3.

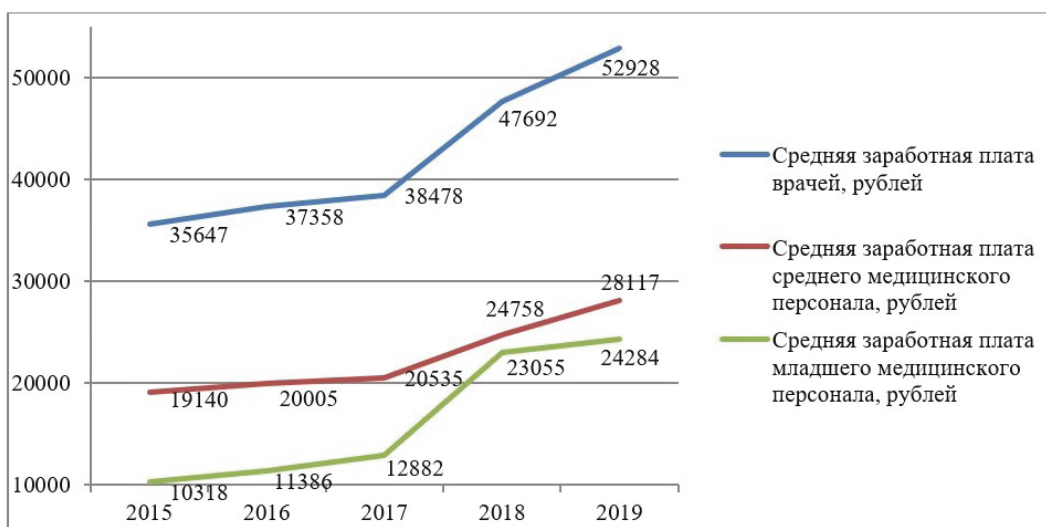


Рис. 3. Динамика средней заработной платы медицинских работников Алтайского края в 2015–2019 гг.

За последние 5 лет рост средней заработной платы составил более 148% по категории «врачи», более 146% — по категории «средний медицинский персонал» и более 235% — по категории «младший медицинский персонал». Необходимо отметить, что речь идет о росте номинальной средней заработной платы, который существенно не повлиял на уменьшение дефицита кадров в сфере.

Одновременно с растущим фондом оплаты труда и его высоким удельным весом, ростом средней

заработной платы за последние 5 лет край занимает только 76-е место среди 85 регионов России по уровню заработной платы [3]. Среди 10 субъектов, входящих в Сибирский федеральный округ, Алтайский край характеризуется самой низкой заработной платой работников, что отражено в таблице. При этом данная проблема в крае является межотраслевой и негативно влияет на процессы межрегиональной миграции медицинских работников.

Средняя заработная плата медицинских работников по субъектам Сибирского федерального округа за 1-е полугодие 2019 г.

Субъекты	Средняя заработная плата, руб.	Врачи		Средний медицинский персонал		Младший медицинский персонал	
		Средняя заработная плата, руб.	Отношение к средней заработной плате в субъекте, %	Средняя заработная плата, руб.	Отношение к средней заработной плате в субъекте, %	Средняя заработная плата, руб.	Отношение к средней заработной плате в субъекте, %
Красноярский край	43 005	81 825	190,3	41 300	96,0	39 337	91,5
Иркутская область	39 155	77 292	197,4	39 304	100,4	38 567	98,5
Томская область	37 266	72 835	195,4	37 024	99,4	35 608	95,6
Кемеровская область	35 211	66 806	189,7	34 385	97,7	32 403	92,0
Республика Тыва	34 151	64 202	188,0	33 218	97,3	30 624	89,7
Республика Хакасия	33 486	65 228	194,8	32 622	97,4	30 831	92,1
Новосибирская область	32 861	69 186	210,5	35 198	107,1	34 425	104,8
Омская область	29 922	61 619	205,9	30 646	102,4	29 481	98,5
Республика Алтай	26 779	59 189	221,0	30 799	115,0	27 305	102,0
Алтайский край	23 125	51 362	222,1	27 359	118,3	23 968	103,6

Представленные данные свидетельствуют о достижении в регионе целевых показателей заработной платы, установленных Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Так, отношения заработной платы медицинских работников к средней заработной плате в субъекте должны составить по категории «врачи» — 200%, по категориям «средний медицинский персонал» и «младший медицинский персонал» — 100% [4]. По всем категориям данные показатели достигнуты, однако речь идет о средних значениях.

При достижении целевых показателей в среднем по краю заработная плата дифференцируется по медицинским организациям и отдельным их подразделениям, по конкретным работникам, что обусловлено финансовыми возможностями, кадровым составом и укомплектованностью организации, территориальной расположенностью и уровнем районного коэффициента (15% или 25%), уровнем квалификации специалистов и оказываемой медицинской помощи, количеством и качеством выполняемой ими работы. При этом

первостепенным значением обладает уровень доходов организации и стиль управления руководителем в установлении заработных плат.

Таким образом, в действующей системе оплаты труда медицинские работники организаций, относящиеся к одной категории и занимающие одинаковые должности, могут получать разную заработную плату.

Один из путей решения данной проблемы — выстраивание системы оплаты труда с высокой гарантированной (окладной) частью с сохранением иерархии по профессиональным квалификационным группам. На такое направление указывали федеральное правительство и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» [5, 6; 7, с. 60].

Однако низкий удельный вес гарантированной части и высокий удельный вес стимулирующих выплат формировался годами: оклады не повышались при росте минимального размера оплаты труда и наращивании массы фонда стимулирования (дополнительные выплаты вводились федеральными документами, внедрение «эффективного контрак-

та» и оплата за результаты труда, развитие платных услуг). В последние годы политика сменилась на противоположную. При этом зарубежные авторы также сомневаются в верности и доказательности эффективности pay-for-performance системы оплаты труда [8, с. 298; 9, 10].

Попытки федеральных ведомств повысить гарантированную часть заработной платы работников за счет перераспределения выплат стимулирующего характера не привели к ожидаемому результату — в большинстве регионов повышение произошло в незначительной мере. Кроме того, работниками был негативно воспринят факт снижения других выплат (перераспределяемых) при сохранении уровня заработной платы.

В Алтайском крае с 1 апреля 2019 г. окладная часть в структуре заработной платы медицинских работников была повышена в 2 раза, в связи с этим доля выплат по окладам повысилась с 27 до 46%. При этом оклады по-прежнему не составили рекомендуемой части заработной платы — 55–60%.

Несмотря на то, что совершенствование структуры заработной платы должно было производиться за счет перераспределения выплат компенсационного и стимулирующего характера, некоторые организации не пересматривали прежние размеры выплат, что привело к увеличению общего фонда оплаты труда более чем на 10% и росту просроченной кредиторской задолженности. Учитывая данную практику, был проведен анализ резервов для повторного повышения окладов с целью доведения гарантированной части до рекомендуемых размеров. В результате анализа было определено, что большая часть организаций (64%) таких резервов не имеет.

Процесс анализа данных по здравоохранению осложняется низким уровнем информатизации, который не позволяет получить актуальных достоверных сведений о системе для объективной оценки

ситуации, а также не позволяет полноценно вести сложный учет заработной платы, диктуемый стандартами «эффективного контракта».

Заключение. Таким образом, существенными недостатками системы оплаты труда здравоохранения регионов и угрозами экономической и социальной безопасности являются следующие:

- высокая доля расходов на оплату труда;
- низкий уровень заработной платы в отрасли по сравнению с соседними субъектами;
- дифференциация уровней заработных плат, в том числе между работниками одной организации, организаций в городской и сельской местности, между организациями разных уровней и одного уровня оказания медицинской помощи;
- неравномерная структура заработной платы медицинских организаций региона;
- низкая доля гарантированной части заработной платы работников;
- нагруженность системы оплаты труда;
- отсутствие закрытого перечня выплат и алгоритмов их начисления;
- отсутствие автоматизированной информационной системы, позволяющей вести многоступенчатый учет заработной платы, формировать и анализировать требуемую отчетную информацию.

Экономическая безопасность и стабильность финансового состояния медицинских организаций является залогом повышения качества и доступности медицинской помощи в регионе, социальной безопасности. Другими словами, система оплаты труда в здравоохранении регионов нуждается в формировании новых подходов. По мнению автора, требуется выстраивание системы оплаты труда по иерархическому типу в зависимости от уровня медицинской организации, с опорой на теорию центральных мест и развитие межмуниципального взаимодействия.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. О Стратегии экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента РФ от 13.05.2017 № 208. URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 04.03.2020).
2. Здравоохранение в России. 2019: статистический сборник / Росстат. М., 2019. 170 с.
3. Федеральная служба государственной статистики: Официальный сайт. URL: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 09.04.2020).
4. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики до 2030 года: Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597. URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 04.03.2020).
5. Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения: Официальный сайт Президента России. URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/61340/> (дата обращения: 07.04.2020).
6. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2019 год. URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 12.02.2020).

7. Кадыров Ф. Н. О некоторых проблемах совершенствования оплаты труда в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2014. № 10. С. 59–64.
8. Cashin C., Chi Y.-L., Smith P. C., Borowitz M., Thomson S. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. McGraw-Hill, 2014. 312 p.
9. Eijkenaar F., Emmert M., Scheppach M., Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews // Health Policy. 2013. Vol. 110, Iss. 2–3, Pp. 115–130. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.01.008/
10. Kovacs R. J., Powell-Jackson T., Kristensen S. R., Singh N., Borghi J. How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low — and middle-income countries? Typology and systematic literature review // BMC Health Services Research 2020. Vol. 20, Article number: 291. DOI: 10.1186/s12913-020-05075-y/

REFERENCES

1. On the Economic Security Strategy of the Russian Federation for the period up to 2030. Decree of the President of the Russian Federation of 05.13.2017 No. 208]. URL: <http://www.consultant.ru/> (date of access: 04.03.2020).
2. Healthcare in Russia. 2019. Statistical compilation. Moscow, 2008. 170 p.
3. Federal State Statistic Service. Official site. URL: <http://www.gks.ru/> (date of access: 09.04.2020).
4. On measures for the implementation of state social policy until 2030. Decree of the President of the Russian Federation of 05.07.2012 No. 597. URL: <http://www.consultant.ru/> (date of access: 04.03.2020).
5. Meeting on the modernization of primary health care. Official website of the President of Russia. URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/61340/> (date of access: 05.04.2020).
6. Unified recommendations on the establishment at the federal, regional and local levels of pay systems for employees of state and municipal institutions for 2019. URL: <http://www.consultant.ru/> (date of access: 12.02.2020).
7. Kadyrov F. N. On some problems of improving wages in healthcare // Healthcare Manager. 2014. Vol. 10. Pp. 59–64.
8. Cashin C., Chi Y. L., Smith P. C., Borowitz M., Thomson S. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. McGraw-Hill, 2014. 312 p.
9. Eijkenaar F., Emmert M., Scheppach M., Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews // Health Policy. 2013. Vol. 110. Iss. 2–3, Pp. 115–130. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.01.008
10. Kovacs R. J., Powell-Jackson T., Kristensen S. R., Singh N., Borghi J. How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review // BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20. Article No. 291. DOI: 10.1186/s12913-020-05075-y/

Поступила в редакцию: 17.07.2020.

Принята к печати: 18.09.2020.