

## Реформа оплаты труда сама нуждается в кардинальном реформировании

---

Г.БАГАЕВ

---

В соответствии с постановлениями Правительства России от 22 сентября 2007 года № 605 и от 5 августа 2008 года № 583 с 1 декабря 2008 года все федеральные, региональные и муниципальные бюджетные учреждения переведены на новые условия (систему) оплаты труда (НСОТ). Эти изменения касаются трех миллионов человек из сфер здравоохранения, образования, науки и культуры. В том числе непосредственно по Министерству здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития РФ) на новую систему оплаты труда переводятся более 400 тысяч медицинских и фармацевтических работников в 894 федеральных бюджетных учреждениях.

Это самая массовая и кардинальная реформа в сфере оплаты труда за последние 18 лет. Вместо Единой тарифной сетки вводятся минимальные должностные оклады по каждой профессиональной квалификационной группе (ПКГ), пакеты повышающих (в процентах к минимальному должностному окладу) выплат компенсационного и стимулирующего характера, а также аналогичных коэффициентов доплат по квалификационным уровням (КУ) работников.

Реформа преследовала благие цели: унифицировать оплату труда применительно к объемам обязанностей (для чего и были введены ПКГ) и минимально необходимых знаний (для этого введены КУ), расширить для руководителей среднего звена (например, главных врачей поликлиник и больниц) возможности дополнительно поощрять лучших работников, сделать всю систему оплаты труда (НСОТ) более прозрачной и гибкой. Для руководителей ведомств должна была возникнуть возможность материально поощрять лучших подчиненных менеджеров за конечные результаты производственно-хозяйственной деятельности поликлиник и больниц.

В данной статье на примере отрасли «здравоохранение» рассмотрено, как на практике выглядит реформа системы оплаты труда.

**О минимальном размере оплаты труда (МРОТ).** Федеральное собрание РФ Законом от 26 июня 2008 года № 91-ФЗ утвердило новую сумму минимального размера оплаты труда, которая, начиная с января 2009 года, должна составить 4 330 рублей в месяц, тем самым жестко задав нижний уровень оплаты труда.

Анализ показал, что указанный Федеральный закон «не указ» не только для Минздравсоцразвития России, но также и для руководителей Фонда социального страхования (ФСС) РФ, бюджетных учреждений науки (включая и учреждения «демократичной», но «законопослушной» РАН), Минэнерго РФ, службы по контролю за оборотом наркотиков, Роспотребнадзора, Россельхознадзора, а также ряда иных федеральных ведомств.

Все перечисленные выше ведомства утвердили (с официального методического одобрения Минздравсоцразвития РФ!) для первой ПКГ (санитарки, мойщицы, младшие медицинские сестры, сестры-хозяйки) минимальные месячные оклады ниже законодательно утвержденного размера МРОТ (соответственно 3 200, 2 100 (!), 2 100 (!), 3 200, 2 872 (!), 3 200, 3 200 руб).

Более того, и для второй ПКГ (инструкторы, врачи-гигиенисты, медицинские сестры, акушеры, фельдшеры и др.) ниже МРОТ утвердили минимальные месячные оклады федеральная наука – 2 200(!) руб. и Федеральная служба по контролю за

---

**Багаев Герольд Васильевич**, канд. экон. наук, профессор Башкирской академии государственной службы и управления при Президенте Республики Башкортостан

оборотом наркотиков – 3 885 руб. Но «в упорной борьбе за первенство в нарушении федеральных законов» несомненными «рекордсменами» опять-таки стали научные учреждения, утвердившие даже для своих врачей и провизоров (то есть для специалистов третьей ПКГ) минимальный должностной оклад в сумме 3 560 рублей в месяц.

А руководство Медицинского центра РАН решило-таки «дожать» всех конкурентов, утвердив минимальные должностные месячные оклады для медицинского персонала в суммах 1 800 руб. для первой ПКГ, 2 200 руб. – для второй ПКГ и 3 000 руб. – для третьей ПКГ.

Единственное положительное отклонение мы зафиксировали в приказе № 114 от 15 сентября 2008 г. Федерального агентства по государственным резервам (Росрезерва).

А мы еще ждем дисциплины в оплате труда от бизнесменов, призываем их к «социальному партнерству» и выплате (без «конвертов»!) месячной «открытой» заработной платы не ниже уровня МРОТ – предприниматели ведь тоже читают приказы Минздравсоцразвития РФ и наглядно видят примеры противоправного поведения высокопоставленных чиновников из государственных ведомств. Так в нашем молодом российском обществе воспитывается массовый правовой нигилизм, растет недоверие к государству как институту управления!

Между тем, в ходе своего публичного выступления министр здравоохранения и социального развития РФ Т.Голикова на селекторном общероссийском совещании подчеркнула: «Необходимо обеспечить тщательную финансово-экономическую проработку положений об оплате труда. Еще раз напоминаю, что положения об оплате труда должны содержать нормы, гарантирующие заработную плату с учетом установленного с 1 января 2009 года МРОТ на уровне 4 330 рублей в месяц».

Некоторые из высокопоставленных чиновников и вслед за ними более низкие по уровню иерархии чиновники системы Минздравсоцразвития России стали утверждать, что министр на селекторном совещании имела в виду, что уровню МРОТ в сумме 4 330 рублей в месяц должны соответствовать суммы минимального должностного оклада плюс компенсирующие и стимулирующие выплаты. Подробнее остановимся на этих псевдодоводах бюрократов.

Единственной «автоматически» (с первого месяца работы) действующей для условий Башкирии выплатой компенсационного характера является выплата за работу в местностях с особыми климатическими условиями (так называемый поясной, «уральский» коэффициент, равный 1,15). Остальные компенсационные выплаты распространяются только на весьма узкий круг работников, занятых на тяжелых и с вредными условиями работ, за совмещение профессий и за работу в ночное время и др. (приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 декабря 2007 года № 822). По крайней мере, для молодых специалистов все эти выплаты весьма долго не будут доступны.

Выплаты стимулирующего характера почти полностью находятся в руках руководителя (главного врача больницы или поликлиники), кроме выплаты за стаж непрерывной работы и выслугу лет. Но для системы Фонда социального страхования РФ выплата за стаж начинается со стажа в один год (то есть в течение первого года такой надбавки нет) и равна за стаж до трех лет – до 0,05 (5 % к окладу), от трех до пяти лет – до 0,1, за стаж свыше пяти лет (и на этом уровне – вплоть до пенсии!) – 0,15 (15 %).

Повышающие коэффициенты за объемы ответственности и минимально необходимых знаний в большинстве типовых ведомственных актов для первой ПКГ не установлены вообще, для второй ПКГ – даны на уровне 1,03 – 1,20 (для ФСС РФ); 1,22 – для учреждений науки (второй КУ) и 1,35 (третий КУ). Для третьей ПКГ (врачи и провизоры) повышающий коэффициент не установлен для первого КУ, но задан на уровне от 1,1 до 1,2 – для 2, 3 и 4-го квалификационных уровней (ФСС РФ), 1,31–1,52 (наука).

Расчеты показывают, что при прочих равных условиях даже врачи- и провизоры-интерны, врачи- и провизоры-стажеры в течение первых трех лет работы будут получать заработную плату ниже МРОТ, утвержденного федеральным законом. Но

ведь, кроме того, МРОТ должен непременно индексироваться на темп официальной инфляции, которая в 2009 г. ожидается на уровне не менее 12–13 %. Станет ли возможной такая операция в условиях дефицита бюджетов всех уровней?

И после этого мы еще ожидаем притока «молодых светлых голов» в государственную и муниципальную медицину? Тут и последние энтузиасты перейдут в платное здравоохранение либо в коммерческий сектор экономики.

Но самое неприятное для бюрократов из Минздравсоцразвития РФ заключается в их полном незнании Трудового кодекса РФ, где в ст. 129 написано следующее: «МРОТ – устанавливаемый федеральным законом размер месячной заработной платы за труд неквалифицированного работника (то есть работника, отнесенного согласно нормам НСОТ к первой ПКГ – Г.Б.), полностью отработавшего норму рабочего времени при выполнении простых работ (то есть работника, отнесенного к первому КУ – Г.Б.) в нормальных условиях труда (то есть без применения компенсационного коэффициента за работу в тяжелых или вредных условиях – Г.Б.). В величину МРОТ не включаются компенсационные, стимулирующие и социальные выплаты».

Это означает, что немедленно должны быть исправлены (повышены до уровня установленного законом МРОТ или до 4330 руб. в месяц) все суммы минимальных должностных окладов. На уровне не ниже МРОТ (то есть не ниже 4 330 рублей в месяц) должны быть утверждены минимальные размеры должностных окладов для первой ПКГ, и в том числе для первого квалификационного уровня. Что касается других, более высоких ПКГ и КУ, то необходимо ввести поправки для сохранения разницы в оплате разного труда.

#### **Равная оплата за равный труд: один врач «равнее» другого?**

Постановлением Правительства РФ от 5 декабря 2008 г. № 913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год» [5] подтверждается, что все виды бесплатной медицинской помощи в текущем году будут сохранены полностью.

Продолжают действовать ранее принятые нормативные акты, в том числе приказ Минздравсоцразвития РФ от 11 августа 2008 г. № 410н «Об организации в Минздравсоцразвития РФ работы по разработке порядка оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».

Тем самым еще раз подтверждены единые стандарты оказания бесплатной, то есть финансируемой за счет бюджетных средств, медицинской помощи населению, заданы организационные гарантии исполнения этих стандартов, действующих по всем регионам России, во всех медицинских учреждениях, независимо от их ведомственного подчинения.

Отсюда логично вытекает, что объем, технология и структура медицинских услуг, которые оказываются клиническими учреждениями разных городов и сел России, находящихся в составе разных федеральных, региональных и муниципальных ведомств, финансируемых за счет средств любых бюджетов, должны быть абсолютно одинаковыми и зависеть исключительно и только от конкретного диагноза для конкретного пациента поликлиники или больницы (но никак не от территории размещения или от ведомственной принадлежности клинического учреждения).

Следовательно, врачи и другие медицинские специалисты всех учреждений такого рода, которые оказывают идентичные медицинские услуги, должны за равную работу получать одинаковую заработную плату независимо от ведомственной принадлежности клинического учреждения.

Между тем в документах Минздравсоцразвития РФ по непонятным причинам установлены различающиеся уровни минимальных должностных окладов, например, для третьей ПКГ «Врачи и провизоры»: для специалистов, работающих в подведомственных Минздравсоцразвития РФ вузах профессионального образования, – 5 000 руб. в месяц; для специалистов сети учреждений Фонда социального страхования, Росаэронавигации, Роспотребсоюза, Россельхознадзора, Росморречфлота – 5 400 руб. в месяц; для специалистов сети федеральных

бюджетных научных учреждений – 3 560 руб. в месяц; для специалистов, работающих в федеральных бюджетных учреждениях Минэнерго РФ, – 5 790 руб. в месяц; для специалистов (гражданского персонала) федеральных бюджетных учреждений уголовно-исполнительной системы, – 6 420 руб. в месяц; для специалистов, работающих в системе Федерального дорожного агентства, – 6 000 руб. в месяц; для специалистов Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков – 5 275 руб. в месяц и т.д.

Это означает, что Минздравсоцразвития РФ за одну и ту же работу (оказание по единым федеральным стандартам бесплатных медицинских услуг населению) без законных оснований устанавливает базовый минимальный должностной оклад, различающийся по ведомствам в 1,8 раза (6420 / 3560)!

Подобная ничем неоправданная разница в подходе к установлению минимального уровня оплаты труда приводит к межведомственным конфликтам и к искусственной текучести медицинских кадров.

По нашему мнению, специалисты всех ПКГ и всех ведомств с федеральным бюджетным финансированием должны иметь равную оплату за равный труд, а именно (в месяц): специалисты первой ПКГ – 4 330 руб.; специалисты второй ПКГ – 5 845 руб.; специалисты третьей ПКГ (врачи и провизоры) – 7 145 руб.

Что касается отражения разницы в условиях работы разных ведомств, то она, по нашему мнению, может и должна быть учтена через введение дополнительного вида выплаты компенсационного характера за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, по ведомственным требованиям (за счет ресурсов соответствующего ведомства) либо, если такое возможно, следует устранить (за свой счет) ведомственные отклонения от условий труда работников, установленных в единых федеральных стандартах.

**Следует ли продолжать реализацию национальных проектов?** В рамках Национального проекта России «Здоровье», согласно Постановлению Правительства РФ от 30 декабря 2006 г. № 874, в 2007 году проводилась диспансеризация лиц, работающих в учреждениях образования, государственных, муниципальных и научно-исследовательских учреждениях, в отраслях здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта. При проведении диспансеризации участковым врачам-терапевтам и их медицинским сестрам за выполнение государственного задания были установлены выплаты в размере 10 и 5 тыс. руб. в месяц соответственно.

Практика доказала высокую социальную и экономическую эффективность этих выплат, поэтому приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 января 2008 г. № 15н диспансеризация населения была продлена на 2008 и 2009 годы, одновременно на 2008 и 2009 годы сохранялись выплаты участковым врачам и их медицинским сестрам.

Однако при введении НСОТ эти денежные выплаты не были учтены, например, через введение дополнительного целевого стимулирующего коэффициента. Эта ошибка уже приводит к значительному снижению реальной оплаты труда участковых специалистов. Более того, приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 августа 2008 года № 463н должности участкового врача-терапевта и медицинской сестры участкового врача-терапевта для бюджетных научных учреждений были вовсе ликвидированы.

По нашим расчетам, применение новых условий оплаты труда приведет для участковых специалистов (а их численность по РФ составляет около 170 тыс. человек) к снижению гарантированной (не зависящей от оценки руководителя и от выплат за оказание платных услуг) заработной платы почти в два раза! Надежды на возмещение этих выпадающих выплат доходами от оказания платных услуг пока ничем реальным не подкреплены.

Выполненные целым рядом специалистов и экспертов, несколькими признанными научными учреждениями РФ по экономике, социологии и управлению обследования и



расчеты показывают высокую эффективность примененного в 2007–2008 гг. метода обязательного обследования (диспансеризации) по совокупности направлений:

– за счет введения участковым врачам-терапевтам и медицинским сестрам участковых врачей-терапевтов доплат за выполнение работ по диспансеризации (за выполнение государственного заказа) снизилась текучесть по указанным должностям, а заполнение штатов с 50–70 % (соответственно в сельских и городских клинических учреждениях России и Республики Башкортостан) повысилось ко второму полугодю 2008 г. до 70–95 %. Это позволило резко поднять качество работы первичного звена системы здравоохранения и снизить показатели потери времени и утраты здоровья от заболеваемости всех видов обслуживаемого по участкам населения;

– за счет профилактического выявления и последующего операционного лечения на ранних стадиях таких заболеваний, как рак гортани и груди, снижены затраты в среднем на сумму до 1,5 млн рублей в расчете на 1000 человек, прошедших диспансеризацию. Это означает, что при затратах на оплату заказа на диспансеризацию в 540 руб. на одного обследованного человека вложения (инвестиции) на диспансеризацию окупаются и в узкоэкономическом смысле за срок менее одного полугодия(!);

– снижение заболеваемости за счет профилактики привело к росту рабочего периода части российского населения и увеличению средней продолжительности жизни одного россиянина, что прямо работает на решение демографической проблемы страны.

Очевидно, именно эти доводы и легли в основу высказываний Президента РФ Дмитрия Медведева, когда он говорил: «Все кризисы, проблемы и сложности никак не должны сказаться на национальных проектах, и в 2009 году они в любом случае будут профинансированы полностью... Ничего не будет закрыто, все будет продолжено. В следующем (2009 г. – Г.Б.) году сохранится финансирование нацпроектов то, которое было намечено» [3].

Но глубоко прав был Президент РФ и в своем обращении к Федеральному Собранию 5 ноября 2008 года: «Государственный аппарат у нас в стране – это и самый большой работодатель, самый активный издатель, самый лучший продюсер, сам себе суд, сам себе партия и сам себе в конечном итоге народ. Такая система абсолютно неэффективна и создает только одно – коррупцию. Она порождает массовый правовой нигилизм, она вступает в противоречие с Конституцией, тормозит развитие институтов инновационной экономики и демократии».

Ограничение по инициативе Минздравсоцразвития РФ применения метода диспансеризации населения (которой до сих пор охвачены лишь работающие в социальных сферах экономики и в государственном аппарате) является грубейшей стратегической политической и социально-экономической управленческой ошибкой. На деле такое решение приведет к развитию демографических проблем России и снижению ее социально-экономической мощи. Нужно (несмотря на кризис, а может быть, именно в интересах его скорейшего преодоления) не только не уменьшать масштабы диспансеризации всего населения государства, но и существенно их нарастить.

**Как можно победить коррупцию в здравоохранении?** Одним из механизмов, с помощью которого можно не только существенно снизить, но и победить коррупцию в государственном аппарате, является широкое привлечение большинства персонала к обсуждению важнейших вопросов развития организации. В условиях рынка, без сомнения, к таковым можно отнести вопрос о справедливости материального вознаграждения.

Между тем, согласно НСОТ, справедливость достигается за счет применения системы повышающих коэффициентов: коэффициента к окладу за занимаемую должность; персонального повышающего коэффициента к окладу; повышающего коэффициента за стаж работы и выслугу лет; повышающего коэффициента за квалификационную категорию.

В результате проведенного нами сравнительного анализа положений об оплате труда медицинских работников около десятка разных министерств и ведомств РФ мы пришли к выводу, что решающий вклад (до половины и более от общей суммы всех повышающих коэффициентов) вносит «персональный повышающий коэффициент к окладу», который может достигать величины до 3,0 базисного оклада. Отметим, что согласно всем типовым «положениям об оплате труда медицинских работников» «решение об установлении персонального повышающего коэффициента принимается руководителем учреждения персонально в отношении конкретного работника». И поскольку ни профсоюз, ни собрание трудового коллектива вообще не упоминается, руководитель учреждения фактически может в отношении до 3/4 месячного заработка подчиненного делать что угодно. Это означает полное господство субъективизма в управлении персоналом учреждения, внедрение «экономического рабства», может приводить к диктаторским решениям начальника, который будет теперь «всегда прав».

Мы предлагаем «вспомнить» хорошо забытое советское правило начисления так называемых коэффициентов трудового участия отдельных работников при бригадном подряде: здесь по каждому работнику бригада ежемесячно собиралась для того, чтобы, открыто обсудив «заслуги» отдельных лиц, внести бригадиру (мастеру, начальнику цеха и т.д.) предложения об установлении персональных «коэффициентов трудового участия» того или иного сотрудника в достижении общих конечных показателей эффективности и качества труда. Принципы единоначалия и коллективизма в управлении здесь удачно сочетались.

Этот опыт по применению персональных коэффициентов представляется весьма полезным. Аналогичное уточнение условий установления персонального повышающего коэффициента, по нашему мнению, необходимо ввести и для первых руководителей (главных врачей поликлиник и больниц).

Мы не стали проводить дальнейший анализ всей НСОТ бюджетных работников, хотя и в других ее разделах видны проблемы и очевидные слабости. Но даже из сказанного выше, как нам представляется, напрашиваются важные выводы и предложения:

1) НСОТ как явно «сырой» проект необходимо немедленно «затормозить» и до конца 2009 года вернуться к старой, но «проверенной» единой тарифной системе;

2) до конца 2009 года тщательно проверить и отработать основные положения НСОТ на «пилотных» ведомствах и учреждениях;

3) с привлечением научной и другой общественности исправить допущенные в проекте Минздравсоцразвития РФ грубые нарушения федерального законодательства, в том числе отмеченные нами в данной статье.

Мы хотели бы видеть Республику Башкортостан в перечне «пилотных регионов» – субъектов РФ, где во всех структурах государственного аппарата и во всех медицинских учреждениях (федерального, регионального и муниципального уровня) проводилась бы открытая проверка важнейшего начинания. Ибо реформа системы оплаты труда бюджетников действительно назрела и нужна всем гражданам России. Равно как и всем жителям великой России необходима не разовая, но постоянно проводимая диспансеризация всего населения как один из важнейших рычагов создания «великого перелома» на «демографическом фронте».

### Литература

1. Кукол Е. Бюджет в помощь // Российская газета. – 2009. – 17 февр.
2. Медведев Д.А. Послание Президента РФ Федеральному Собранию // Российская газета. – 2008. – 6 нояб.
3. Палитов Ю. Нацпроекты – это не подарки. Дмитрий Медведев объяснил, на чем нельзя экономить // Известия. – 2008. – 25 дек.
4. Рахимов М. Мы не скупимся вкладывать средства в человеческий потенциал. Интервью // Известия. – 2009. – 6 февр.
5. Российская газета. – 2008. – 12 дек.