

## Напрямки вдосконалення тарифної системи оплати праці у сфері охорони здоров'я

У статті розглядаються засади організації оплати праці медичних працівників на основі Єдиної тарифної сітки, визначаються основні її недоліки та протиріччя, пропонуються шляхи їх вирішення.  
**оплата праці, Єдина тарифна сітка, диференціація посадових окладів, стимулювання**

В умовах різкого падіння ефективності праці у сфері охорони здоров'я все більшої актуальності набуває проблема матеріального стимулювання трудової діяльності медичного персоналу. На жаль, сучасна модель оплати праці медичних кадрів унеможлиблює навіть просте відтворення робочої сили, не говорячи вже про спонукання працівників до покращення результатів праці. Єдина тарифна сітка, покладена в її основу, побудована на незрозумілих принципах, що призводить до повного порушення міжгалузевих, міжпосадових та міжкваліфікаційних співвідношень в оплаті праці, втрати прямого зв'язку між розміром отримуваної винагороди та трудовим внеском працівника. Як наслідок, виникає нагальна потреба в удосконаленні діючої системи оплати праці медичного персоналу на основі комплексної реорганізації Єдиної тарифної сітки.

Вивченню теоретичних та практичних аспектів оплати праці в сфері охорони здоров'я приділяють широку увагу такі вчені, як Н. Ведернікова, М. Волгін, Г. Гендлер, О. Герасименко, М. Горєлов, Ф. Кадиров, М. Карлін, В. Куценко, В. Лехан, В. Новіков, М. Семикіна, О. Фролов, Р. Яковлев та ін. Проте, незважаючи на величезний внесок зазначених науковців у дослідження даної проблеми, окремі її складові продовжують залишатися невирішеними. Зокрема, недостатня увага приділяється аналізу дотримання самих принципів побудови Єдиної тарифної сітки, встановленню оптимальних співвідношень в оплаті праці різної складності, визначенню напрямків поліпшення структури додаткової заробітної плати.

Метою статті є розробка пропозицій щодо побудови тарифної системи оплати праці медичних працівників з чітко вираженою стимулюючою дією до ефективної трудової діяльності. Досягнення окресленої мети передбачає розв'язання наступних завдань: проведення аналізу основних засад організації діючої в сфері охорони здоров'я Єдиної тарифної сітки, виявлення її недоліків та протиріч, визначення шляхів їх усунення.

Відповідно до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, розроблених згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2002 р. № 1298 „Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери”, система оплати праці у галузі охорони здоров'я на сьогодні складається з наступних складових: тарифних ставок (посадових окладів), підвищень до них, доплат, надбавок та преміальних виплат.

Законодавством передбачено, що посадові оклади є державними гарантіями мінімальних рівнів оплати праці для конкретних професійно-кваліфікаційних груп

медичних працівників за умови відпрацювання ними встановленої тривалості робочого часу та виконання посадових обов'язків. Розміри посадових окладів визначаються тарифними розрядами Єдиної тарифної сітки, які відображають складність праці та ступінь кваліфікації працівників. В основі визначення останньої лежить рівень отриманої освіти та тривалість трудового стажу у сфері охорони здоров'я. Як бачимо, реальний трудовий внесок працівника під час визначення розміру основної частини його заробітної плати (посадового окладу) залишається повністю поза увагою, що свідчить про порушення головного принципу організації оплати праці – встановлення прямої залежності між ефективністю праці і величиною заробітної плати.

Варто зауважити, що стимулювання медичних працівників до підвищення кваліфікації шляхом покладення її в основу визначення величини посадового окладу має досить обмежений характер. Стимули до нарощення професійної майстерності та покращення результатів праці мають дію лише доти, доки існує ймовірність присвоєння працівнику більш високого тарифного розряду. Тому, найменше зацікавленими у поліпшенні ефективності праці виступають працівники з найвищими тарифними розрядами, оскільки для кожної їх категорії є свій максимум, який не може бути перевищений: для лікаря-хірурга – це 14 розряд, для медичної сестри – 10, для санітарки – 5.

Вагомим недоліком діючої у сфері охорони здоров'я тарифної сітки є повне порушення міжпосадової та міжкваліфікаційної диференціації в оплаті праці. Співвідношення між її крайніми розрядами (1-м та 25) складає 1:3,35, що є неприпустимо низькою величиною (таблиця 1). Практика засвідчує доцільність встановлення діапазону тарифної сітки 1:6 – 1:6,5 із так званим „порогом відчутності” (співвідношенням тарифних коефіцієнтів суміжних розрядів) в 10 % [6, с. 143]. Науково доведено, що наростання тарифних коефіцієнтів саме у такому розмірі спонукає працівників переходити до більш високого тарифного розряду, що є можливим лише на основі підвищення рівня кваліфікації і покращення результатів праці.

Натомість, аналіз міжпосадової диференціації оплати праці в сфері охорони здоров'я засвідчує змішаний тип наростання тарифних коефіцієнтів при повному недотриманні „порогу відчутності”. З 1 по 8 розряди вони зростають рівномірно (кожний наступний коефіцієнт на 3 % перевищує попередній), з 9 по 17 розряди спостерігається також рівномірне зростання коефіцієнтів, але в більших розмірах – 7 %, для 18 – 24 розрядів властивим є розрив між суміжними коефіцієнтами у 5 %. Повністю нерівномірним є наростання тарифних коефіцієнтів і в абсолютному вираженні: з 1 по 17 розряди вони прогресивно зростають, у 18 розряді різко падають, а потім знову починають збільшуватись. Така диференціація в оплаті праці медичних кадрів не задовольняє ні інтереси висококваліфікованих працівників, ні працівників з низькою кваліфікацією. Заробітна плата перших, зокрема, не відображає у повній мірі їх трудовий внесок і практично прирівнюється до оплати більш простої праці. У той же час, практично всі працівники з низькою кваліфікацією на сьогодні знаходяться за межею бідності і не мають змоги поліпшити своє матеріальне становище протягом усього трудового життя. З одного боку, це спричинено вкрай низьким наростанням тарифних коефіцієнтів в межах 1 – 8 розрядів (в абсолютному вираженні 10 – 14 грн). З іншого, від підвищення посадового окладу першого розряду виграють переважно спеціалісти, праця яких тарифікується за більш високими розрядами, тоді як посадові оклади менш кваліфікованих працівників не знаходять належного зростання. Так, наприклад, в результаті збільшення тарифної ставки 1 розряду на 50 грн, заробітна плата в межах 1 – 8 розрядів зростає на 50 – 60 грн, тоді як 20 – 25 розрядів – на 130 – 167 грн.

Таблиця 1 – Аналіз міжпосадової диференціації оплати праці в сфері охорони здоров'я

Тарифні розряди	Тарифні коефіцієнти	Посадові оклади, грн	Зростання коефіцієнтів		Зростання посадових окладів, грн
			Відносне	Абсолютне	
1	1,00	350	–	–	–
2	1,03	361	1,03	0,03	11
3	1,06	371	1,03	0,03	10
4	1,09	382	1,03	0,03	11
5	1,12	392	1,03	0,03	10
6	1,15	403	1,03	0,03	11
7	1,18	413	1,03	0,03	10
8	1,22	427	1,03	0,04	14
9	1,31	459	1,07	0,09	32
10	1,40	490	1,07	0,09	31
11	1,50	525	1,07	0,10	35
12	1,61	564	1,07	0,11	39
13	1,72	602	1,07	0,11	38
14	1,84	644	1,07	0,12	42
15	1,97	690	1,07	0,13	46
16	2,11	739	1,07	0,14	49
17	2,26	791	1,07	0,15	52
18	2,37	830	1,05	0,11	39
19	2,49	872	1,05	0,12	42
20	2,61	914	1,05	0,12	42
21	2,74	959	1,05	0,13	45
22	2,88	1008	1,05	0,14	49
23	3,02	1057	1,05	0,14	49
24	3,17	1110	1,05	0,15	53
25	3,35	1173	1,05	0,18	63

ПРИМІТКА: Розрахунки автора на основі [5].

Значне занепокоєння викликають порушення в диференціації оплати праці різної складності. Відповідно до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, керівникам медичних установ може бути присвоєний 14–18 розряд, лікарям – 9–14, медичним сестрам – 6–10, молодшому медичному персоналу – 3–5 (таблиця 2). Як наслідок, діапазон тарифних коефіцієнтів за посадами лікарів-хірургів складає лише 1:1,23 (1,84 : 1,50), середнього медичного персоналу – 1:1,22 (1,40:1,15), молодших медичних сестер – 1:1,06 (1,12:1,06). За таких умов можна з впевненістю стверджувати про повне неврахування функціонує тарифною сіткою змісту, складності, відповідальності праці різних категорій медичних працівників та рівня кваліфікації, що є необхідним для виконання ними посадових обов'язків. Наслідком таких диспропорцій є повна втрата інтересу у медичного персоналу до професійного навчання, прояву ініціативи в роботі та поліпшення якості медичних послуг, що надаються населенню. Крім того, відбувається тотальне падіння престижу праці у сфері охорони здоров'я та відтік її працівників у сферу матеріального виробництва.

Таблиця 2 – Діапазон тарифних розрядів та відповідних їм посадових окладів за окремими категоріями медичних працівників

Назва посади (професії)	Тарифні розряди	Посадові оклади
Головний лікар	14–18	644–830
Головна медична сестра	10–12	490–564
Лікарі хірурги всіх найменувань	11–14	525–644
Лікарі інших спеціальностей	10–13	490–602
Лікар-інтерн	9–10	459–490
Медична сестра	6–10	403–490
Молодша медична сестра	3–5	371–392

ПРИМІТКА: Складено на основі [5].

Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту передбачаються підвищення посадових окладів:

- керівникам та їх заступникам за наявності кваліфікаційної категорії із спеціальності „організація управління охороною здоров'я” – в межах 24,1 – 44,9 % тарифної ставки працівника першого розряду для лікарів; 8,7 – 28,3 % – для фахівців з базовою та неповною вищою освітою;

- лікарям-хірургам усіх найменувань за оперативні втручання – від 15 до 40 % їх посадового окладу;

- лікарям за диплом з відзнакою – на 5 % від посадового окладу протягом 5 років після його отримання;

- всім медичним працівникам у зв'язку із шкідливими та важкими умовами праці – на 10 – 60 % від посадового окладу.

Перелічені підвищення до посадових окладів медичних працівників також не сприяють поліпшенню ситуації щодо стимулювання ефективної праці у сфері охорони здоров'я. За своїм економічним змістом вони нагадують елементи додаткової заробітної плати (доплати та надбавки) і фактично відображають умови праці, рівень кваліфікації працівників, виконання лікарями-хірургами покладених безпосередньо на них посадових обов'язків з оперування хворих. Підвищення посадових окладів встановлюються одноразово і можуть виплачуватись протягом досить тривалого періоду, в результаті чого їх стимулююча дія припиняється одразу після затвердження. Крім того, варто зауважити, що при визначенні їх переліку мали місце серйозні прорахунки. Зокрема, особливості праці лікарів-хірургів фактично враховуються двічі – один раз під час встановлення посадових окладів, коли їм передбачається присвоєння вищих тарифних розрядів порівняно з іншими лікарями, другий раз – у вигляді підвищень до посадового окладу.

Оскільки сама Єдина тарифна сітка з оплати праці медичних працівників повністю позбавлена стимулюючих ефективну працю чинників, то цілком логічно, що останні мають бути передбачені в елементах додаткової заробітної плати. Проте, практика засвідчує протилежне явище – повну відсутність стимулюючої дії доплат, надбавок та системи преміювання.

На даний момент Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту передбачені наступні основні види доплат:

- за суміщення професій працівникам, які поряд із своєю основною роботою виконують додаткову роботу за іншою професією або обов'язки тимчасово відсутнього працівника, – до 50 % посадового окладу за основною посадою;

- за розширення зони обслуговування або збільшення обсягу робіт – у розмірі до 50 % посадового окладу працівника;

- за роботу в нічний час – 50 % годинної тарифної ставки за кожну нічну годину;
- за науковий ступінь: докторам наук – 25 %; кандидатам наук – 15 %.

Як бачимо, під час визначення переліку доплат у системі оплати праці медичного персоналу мала місце низка упущень. Зокрема, доплата за суміщення професій не може вважатися такою, що об'єктивно відображає витрати праці працівника, оскільки вона не встановлює прямого зв'язку між рівнем отриманого заробітку і обсягом виконаних робіт. Так, якщо працівник виконує не лише свої посадові обов'язки, а і весь перелік посадових обов'язків особи, яка є відсутньою, то фактично він працює не на одну, а на дві ставки і має отримувати відповідну платню. Те ж саме стосується і доплати за розширення зони обслуговування. Як відомо, економія фонду оплати праці створюється завдяки інтенсифікації трудової діяльності низки працівників, що виконують додаткову роботу внаслідок неповної укомплектованості штатів. У той же час, виплата доплат за розширення зони обслуговування їм проводиться не завжди і досить часто у необґрунтованих обсягах, тоді як премії за рахунок зекономлених коштів отримують всі і в більш-менш схожих розмірах. Доплата за науковий ступінь, взагалі, за своєю економічною природою є надбавкою і має бути віднесена до їх переліку.

У свою чергу, система надбавок до посадових окладів медичних працівників також може бути охарактеризована як така, що не виконує покладених на неї функцій. До надбавок, що діють у сфері охорони здоров'я, на даний момент належать наступні:

- за тривалість безперервної роботи – від 10 до 80 % посадового окладу (встановлення цієї надбавки поширюється на медичних працівників, праця яких характеризується підвищеною складністю або місце роботи яких є непривабливим);
- за почесні звання: „заслужений” – 20 % та „народний” – 40 % від посадового окладу;
- за знання і використання в роботі іноземних мов – від 10 до 25 % посадового окладу;
- за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі – до 50 % посадового окладу.

Серед усієї сукупності перелічених вище надбавок чітко виражену стимулюючу дію можна побачити лише в одному їх виді – надбавці за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість праці. Проте, дана надбавка не має гарантованого характеру, її розміри та критерії встановлення залишаються розмитими, а затвердження кожному окремому працівнику повністю залежить від волі керівника медичного закладу та наявності необхідних для цього коштів. Решта надбавок, по-суті, не має прямої стимулюючої дії, оскільки після одноразового призначення їх виплата може проводитись протягом усього трудового життя людини.

Не поліпшує ситуацію із стимулюванням ефективної праці медичних працівників і система преміювання, яка безпосередньо має встановлювати тісний зв'язок між результатами праці з одного боку та рівнем її оплати з іншого. Головною перешкодою на шляху побудови дієвої системи преміювання медичних працівників продовжує виступати специфіка механізму виділення коштів на преміювання у сфері охорони здоров'я, який передбачає, що останнє має здійснюватись виключно в межах економії фонду заробітної плати. Утворення такої економії стає можливим за рахунок скорочення кількості працюючих порівняно з запланованою на основі інтенсифікації праці, суміщення професій, розширення зон обслуговування тощо. Крім того, залишаються невизначеними принципи преміювання, система його критеріїв та показників не має чіткого взаємозв'язку із трудовими досягненнями працівників, необґрунтованим є порядок виплати премій та їх періодичність.

З огляду на викладене вище, можна зробити висновок, що діючій системі оплати праці у сфері охорони здоров'я притаманною є низка вагомих недоопрацювань, в результаті яких вона повністю унеможлиблює стимулювання медичного персоналу до ефективної праці. З метою зламу ситуації, що склалася, пропонуємо реалізувати комплекс заходів, спрямованих на реорганізацію Єдиної тарифної сітки з оплати праці медичних працівників. Останню, на нашу думку, слід проводити шляхом розробки та введення в дію гнучкої тарифної сітки, яка охоплює два нетрадиційні підходи до побудови тарифної системи – запровадження єдиної тарифної сітки і гнучких тарифних ставок в межах кожного тарифного розряду [2, с. 150]. Гнучка тарифна система дозволяє досягти уніфікованого підходу до оцінки складності та відповідальності праці, диференціювати розміри заробітної плати в залежності від кваліфікаційного рівня працівників і, в той же час, встановити прямий зв'язок між результатами праці і величиною отриманого заробітку.

При побудові гнучкої тарифної сітки з оплати праці у сфері охорони здоров'я будемо дотримуватися наступних положень:

1. Присвоєння тарифного розряду працівнику відбувається на основі врахування складності праці та рівня його кваліфікації.

2. В межах кожного тарифного розряду формується діапазон посадових окладів, конкретний розмір яких для окремих працівників визначається з урахуванням результатів їх праці за попередній період.

3. Діапазон посадових окладів створюється за принципом послідовного наростання, відповідно до якого встановлення нижнього значення „вилки” посадових окладів кожного наступного розряду розпочинається із максимального значення попереднього розряду.

4. Скорочення кількості тарифних розрядів до 18 із діапазоном тарифної сітки 1:6,56.

5. Наростання тарифних коефіцієнтів відбувається за регресивним методом (відносно зростання коефіцієнтів поступово зменшується у процесі зростання розрядів) при збереженні 10 % порога відчутності.

6. Ставка першого розряду встановлюється на рівні мінімальної заробітної плати з поступовим наближенням її до прожиткового мінімуму по мірі економічного розвитку держави.

У результаті отримуємо наступний варіант гнучкої тарифної сітки в сфері охорони здоров'я (таблиця 3).

Зауважимо, що запровадження гнучкої тарифної сітки на практиці повинно супроводжуватися низкою організаційних заходів в межах кожного медичного закладу, зокрема:

1. Розробкою спеціального положення з оцінки результатів праці персоналу, в якому мають бути чітко визначені принципи, критерії та показники її проведення, а також розміри посадових окладів, що встановлюються при досягненні тих чи інших результатів праці.

2. Проведенням за підсумками кожного півріччя оцінки результатів праці персоналу і переглядом на основі отриманих даних розмірів посадових окладів працівників.

3. Доведенням до відома працівників інформації стосовно принципів, критеріїв та показників оцінки результативності праці в межах медичної установи, а також їх кількісного зв'язку із розмірами посадових окладів.

Введення в дію гнучкої тарифної сітки, на нашу думку, сприятиме лібералізації системи оплати праці у сфері охорони здоров'я шляхом розширення повноважень керівництва медичних установ щодо визначення розмірів заробітної плати працюючих.

У свою чергу, встановлення прямого зв'язку між розміром заробітку і трудовим внеском сприятиме заохоченню медичних працівників до підвищення рівня професійної майстерності та поліпшення результатів праці.

Таблиця 3 – Концептуальне бачення гнучкої тарифної сітки у сфері охорони здоров'я

Тарифні розряди	Тарифні коефіцієнти	Посадові оклади, грн	Зростання коефіцієнтів		Зростання мінімальних значень посадових окладів, грн
			Відносне	Абсолютне	
1	1,00	350 – 403	–	–	–
2	1,15	403 – 462	1,15	0,15	53
3	1,32	462 – 525	1,15	0,17	59
4	1,50	525 – 599	1,14	0,18	63
5	1,71	599 – 676	1,14	0,21	74
6	1,93	676 – 763	1,13	0,22	77
7	2,18	763 – 854	1,13	0,25	87
8	2,44	854 – 956	1,12	0,26	91
9	2,73	956 – 1061	1,12	0,29	102
10	3,03	1061 – 1176	1,11	0,30	105
11	3,36	1176 – 1295	1,11	0,33	115
12	3,70	1295 – 1425	1,10	0,34	119
13	4,07	1425 – 1568	1,10	0,37	130
14	4,48	1568 – 1726	1,10	0,41	143
15	4,93	1726 – 1897	1,10	0,45	158
16	5,42	1897 – 2086	1,10	0,49	171
17	5,96	2086 – 2296	1,10	0,54	189
18	6,56	2296 – 2527	1,10	0,60	210

Сприяти посиленню матеріального стимулювання праці медичного персоналу можна і на основі вдосконалення елементів додаткової заробітної плати – доплат, надбавок і премій. Зокрема, систему доплат та надбавок доцільно реорганізувати за наступними напрямками:

- переглянути їх перелік з метою запобігання подвійному врахуванню тих факторів, які позначаються на визначенні посадових окладів;
- запровадити такі види доплат та надбавок, які б дозволили об'єктивно відобразити особливі умови праці медичних працівників та спонукали їх до безперервного поліпшення якості медичних послуг, що надаються населенню. З цією метою пропонуємо виплату надбавок за суміщення професій і розширення зони обслуговування проводити пропорційно до трудового внеску працівника, а не обмежувати їх до 50 % від посадового окладу. Вбачається доцільним також введення в дію надбавок за безперервне професійне навчання та прояв інноваційної активності в процесі праці;
- забезпечити регулярний перегляд раціональності встановлення тих чи інших доплат та надбавок кожному працівнику з метою збереження їх стимулюючої дії.

Результати аналізу теорії та практики організації преміювання у сфері охорони здоров'я також свідчать про необхідність його перегляду і вдосконалення з метою відновлення та посилення стимулюючої дії на ефективність праці персоналу. Зокрема, пропонуємо реалізувати наступні кроки у цьому напрямку:

- проводити виплати премій тільки за високі результати праці і особливі досягнення. При цьому, розмір премій має бути вагомим порівняно із розміром середньомісячної заробітної плати працівника, а їх виплата несподіваною;

- розробити в межах кожного закладу шкалу диференціації величини преміювання з чітким зазначенням, за які саме трудові досягнення виплачується той чи інший розмір премії. При цьому, у положенні про преміювання слід також передбачити, у яких випадках працівник позбавляється права на виплату премій і в якому обсязі. На нашу думку, доцільно встановити і розміри штрафів, які мають бути сплачені працівником внаслідок вкрай незадовільних дій на робочому місці, що несуть загрозу життю та здоров'ю пацієнтів. Особливо важливим є подальше доведення зазначених положень до самого медичного персоналу, оскільки результати проведеного в медичних закладах Кіровоградської області соціологічного опитування засвідчили, що лише 30 % працюючих знають, за які саме трудові досягнення їх можуть преміювати;

- передбачити на законодавчому рівні виділення з бюджету коштів спеціально на преміювання працівників закладів охорони здоров'я.

На наше глибоке переконання, реалізація на практиці наведених вище рекомендацій стосовно поліпшення системи оплати праці у сфері охорони здоров'я дозволить досягти істотних позитивних зрушень в ефективності праці медичного персоналу і поліпшенні стану здоров'я населення України.

У подальшому пропонується зосередити увагу на розробці детального переліку доплат та надбавок до заробітної плати медичних працівників, а також оптимізації системи їх преміювання за високоефективну працю.

## Список літератури

1. Кадыров Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении (Материальное стимулирование специалистов различных подразделений и учреждений здравоохранения). – М.: «ГРАНТЬ», 2003. – 336 с.
2. Колот А.М. Мотивация персонала: Підручник. – К.: КНЕУ, 2002. – 337 с.
3. Оплата труда в учреждениях бюджетной сферы / Гендлер Г.Х., Ведерникова Н.И. – СПб.: Питер, 2003. – 416 с.
4. Постанова Кабінету Міністрів України № 1298 „Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери” від 30.08.2002 р.
5. Спільний Наказ Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 „Про упорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення” від 05.10.2005 р.
6. Яковлев Р.А. Оплата труда в организации. – М.: МЦФЭР, 2003. – 448 с.

В статье рассматриваются принципы организации оплаты труда медицинских работников на основе Единой тарифной сетки, определяются ее недостатки и противоречия, предлагаются пути их решения.

In the article the principles of health staff remuneration on the basis of Unified tariff net are considered, its main drawbacks and contradictions are determined, the ways of their solving are proposed.