



ПрофМед Информ

<http://przspb.ru>

№ 4 (59) Апрель 2013 года

Ежемесячный информационный бюллетень Территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской области организации профсоюза работников здравоохранения РФ

Городской комитет по здравоохранению подвел итоги 2012 года



21 марта Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга провел традиционную расширенную коллегию, посвященную итогам работы отрасли в минувшем году и задачам на текущий год. В ней участвовали вице-губернатор О.А.Казанская, глава комитета В.М.Колабутин, председатель Теркома профсоюза работников здравоохранения В.А.Дмитриев, представители лечебно-профилактических учреждений и городского здравоохранения. 2012 год для системы здравоохранения Петербурга был очень сложным – новые условия финансирования из федерального фонда ОМС и перехода на оплату медицинских услуг по полному тарифу (одноканальное финансирование), завершение в ограниченные сроки программы модернизации, внедрение стандартов оказания медицинской помощи, подготовка к включению в систему ОМС службы скорой помощи...

С основным докладом на коллегии выступил председатель Комитета по здравоохранению В.М.Колабутин. Он сообщил о росте средних зарплат в отрасли, так, по его словам, средний врач сейчас получает чуть больше 30 тыс. рублей, а средний медицинский персонал больше 25 тысяч. Среди основных проблем системы городского здравоохранения были указаны: недостаточная организация медицинской помощи в Санкт-Петербурге,

проблема доступности первичной медицинской помощи, а также кадровый дефицит в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В 2012 году общее финансирование отрасли составило 85 млрд. руб., включая все источники, в том числе средства инвестиционных строительных программ (48 млрд. руб. составили средства бюджета, 31 млрд. – средства ОМС, включая модернизацию, и 6,6 млрд. – средства медицинских организаций за оказание платных услуг). Территориальная программа госгарантий, т.е. объем средств, который расходовался непосредственно на организацию и оказание медицинской помощи, составил 57,5 млрд. руб.

За время реализации программы модернизации (2011–2012 годы) петербургская система здравоохранения получила 23,9 млрд. руб., в том числе 16,9 млрд. – из федеральных источников. За эти деньги 135 учреждений здравоохранения сделали капитальный ремонт в операционных, приемных и других отделениях, для стационаров и поликлиник города закуплено 18 600 единиц медицинского оборудования.

В стационарах Петербурга в прошлом году за счет средств ОМС было пролечено 1,13 млн. пациентов, выполнено более 330 тысяч операций. На конец 2012 года коечный фонд составлял почти 31 тыс. круглосуточных коек, в том числе 27 580 – для взрослых и 3 310 для детей. У учреждений федерального подчинения насчитывается более 10 тыс. коек, из них только около 3 тыс. участвовали в оказании программы госгарантий.

При этом такие показатели, как оборот койки и сроки пребывания в стационаре практически не изменились в сравнении с 2011 годом, несмотря на появление нового оборудования, а с ним и новых технологий лечения. В результате городские стационары, работающие в системе оказания экстренной медицинской помощи, перегружены, показатель работы койки в них достигает 390 дней. Причина в низкой эффективности работы амбулаторной службы и недостаточном участии федеральных медицинских учреждений. Комитет и петербургский фонд ОМС стараются привлечь федеральные медучреждения к работе в городской системе. В 2012 году на 32% им увеличен объем плановых заданий на оказание стационарной медицинской

с.2

Поддержим инициативу «СОЛИДАРНОСТИ»!

На официальном сайте Профсоюза przrf.ru в разделе «Коротко о важном» размещена информация «Поддержим инициативу!», в которой редакция центральной профсоюзной газеты «Солидарность» просит поддержать инициативу и подписать петицию за введение уголовной ответственности для работодателей за нарушение прав профсоюзов. Петиция послужит принятию законопроекта, набрав 100 тысяч авторизованных подписей в Интернете. Просим всех членов профсоюза поддержать указанную инициативу и подписать петицию.

Ссылка на акцию «Поддержим инициативу!» также размещена на сайте Теркома профсоюза в разделе «Важное», а также на сайте газеты «Солидарность» solidarnost.org.

Городской комитет по здравоохранению подвел итоги 2012 года

(Окончание. Начало на с. 1)

помощи, на 88% – на оказание амбулаторной помощи (рост с 310 тыс. - до 584 тыс. медицинских услуг).

Несмотря на значительное увеличение финансирования на лечение пациентов с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, средств на оказание высокотехнологичной помощи по-прежнему недостаточно. В прошлом году Минздрав выделил федеральным учреждениям Петербурга 33 368 квот, пролечено 26 072 человека в федеральных и ведомственных учреждениях города. На финансирование высокотехнологичной помощи в качестве софинансирования из федерального бюджета были представлены субсидии 15 медицинским учреждениям городского здравоохранения для выполнения 4 тыс квот по 13 видам ВМП. За счет средств городского бюджета жителям Петербурга выполнялось лечение с применением аппарата гамма-нож, лечение бесплодия с применением ЭКО, лечение лейкозов у взрослых и детей, приобретались кардиостимуляторы, кава-фильтры, эндопротезы тазобедренных суставов. Однако по состоянию на 1 января 2013 года в листе ожидания на получение ВМП находилось 14 940 человек. Число пациентов и длительность ожидания высокотехнологичной медицинской помощи растет из года в год.

Большие проблемы у системы здравоохранения с выполнением программы информатизации. Субсидии на ее выполнение составили 1,8 млрд. руб., из них освоено 1,4 млрд. Закуплены и поставлены программно-технические комплексы и автоматизированные рабочие места, призванные создать единую информационную систему, упорядочить и облегчить труд медиков. Однако большая часть оборудования до сих пор стоит в коробках, его эксплуатация начата только в 16% медицинских учреждений города. Губернатор Г.С.Полтавченко поставил перед ответственным за исполнение этой программы городским комитетом по информатизации задачу завершить эту работу в течение трех ближайших месяцев.

В прошлом году было запланировано введение 10 объектов медицинского назначения, а введен в эксплуатацию только один, в ближайшее время будет введен еще один. Ввод в эксплуатацию оставшихся недостроенными восьми медучреждений в 2013 году находится под сомнением.

Председатель Комитета по здравоохранению остановился в своем докладе и на задачах на 2013 год. Главной задачей Комитета станет принятие программы развития здравоохранения и составление так называемых «дорожных карт». На выполнение всех мероприятий, заложенных в «дорожной карте», Петербургу не хватает 4 млрд. рублей. Предполагается, что половину этой суммы выделит город, оставшиеся 2 млрд. рублей Комитет по здравоохранению просит выделить Министерство здравоохранения РФ. Одна из приоритетных задач, решение которой заложено в программе, – увеличение к 2018 году зарплаты врачей и среднего медицинского персонала до 200% и 100% соответственно от средней по региону. Тем самым, по мнению В.М.Колабутина, будет решена главная задача – привлечение медицинских работников дефицитных специальностей в отрасль, а также с помощью целевой подготовки специалистов для городского здравоохранения.

До июля 2013 года в Петербурге также будут продолжены работы по завершению программы модернизации здравоохранения. На это планируется выделить 190 миллионов рублей. На эти деньги будут завершены ремонты в медучреждениях, проведены допоставки оборудования в 38 поликлиниках Петербурга. С этого года программа модернизации здравоохранения продолжится по трем основным направлениям: восстановительное лечение, диспансеризация и развитие службы медицинской помощи матерям и детям.

В рамках первой задачи Петербургу предстоит создать и капитально отремонтировать уже существующие медучреждения, оказывающие помощь по реабилитации пациентов. По подсчетам комитета по здравоохранению, в Петербурге на сегодняшний день не хватает 1000 реабилитационных коек.

По плану Минздрава диспансеризацию в 2013 году должны пройти 800 тысяч петербуржцев. Предполагается, что проводить масштабные медосмотры будут силами не только городских государственных поликлиник, но и частных центров и федеральных клиник.

На реализацию третьего направления Петербург рассчитывает получить от Минздрава софинансирование в размере 1,7 млрд. рублей на капитальное строительство двух перинатальных цент-

ров и на введение медицинских стандартов в службе материнства и детства.

В.М.Колабутин видит пути решения системных проблем в разработке и принятии Программы развития здравоохранения Петербурга на период 2013-2020 годов, которую город должен принять во II квартале 2013 года. В программу войдут следующие меры:

- Поэтапное приведение учреждений здравоохранения в соответствие с порядками оказания медицинской помощи, в том числе в лечении онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, травм, в медицинской реабилитации.
- Целевая подготовка врачей и других медицинских работников.
- Расширение участия медицинских организаций федерального и ведомственного подчинения в оказании медицинской помощи населению в рамках Территориальной программы государственных гарантий.
- Формирование единой информационной системы Петербурга.
- Активное развитие государственно-частного партнерства.
- Завершение начатого строительства медицинских учреждений.

Председатель Теркома профсоюза работников здравоохранения В.А.Дмитриев выступил на коллегии, сфокусировав внимание присутствующих лишь на одной проблеме: кадровой. В своем выступлении он сказал: «За сухим казенным определением «Кадры» стоят наши врачи, медицинские сестры, фельдшеры, санитарки, прочие работники здравоохранения. Сегодня в городе по штатным должностям должны работать 136 тысяч человек медицинского персонала, а работает физических лиц 75 900, т.е. укомплектованность составляет 64,7%. К этому добавляется значительное число среди работников людей предпенсионного и пенсионного возраста. А ведь каждый год наши петербургские медицинские ВУЗы выпускают более 2 000 молодых специалистов. Но почти треть из них не доходит до ЛПУ города. А из пришедших в наши учреждения через год-полтора почти четвертая часть уходит на более оплачиваемую работу в коммерческую медицину. Медицинские училища города ежегодно выпускают примерно 1 200 человек среднего медицинского персонала, а соотношение врачебного и сестринского персонала остается 1:1,6, а не 1:4, как это необходимо.

В ходе реализации «Программы модернизации здравоохранения» значительно улучшилась оснащенность учреждений современной медицинской аппаратурой. В целом ряде учреждений при наличии установленного оборудования не хватает персонала, особенно среднего - рентгенлаборантов. Физиотерапевтические отделения и отделения восстановительного лечения не могут работать на полную мощность. В лучшем случае укомплектованность составляет 65-70%. Штатные расписания остались прежними, оснащенность возросла почти вдвое, а на новом оборудовании надо кому-то работать, полностью и рационально использовать появившиеся возможности.

Должен отметить и возросшую нагрузку на медицинский персонал в лечебно-профилактических учреждениях. В условиях недостаточной укомплектованности люди работают на полторы ставки и даже более, и при этом подразумевается, что они могут дать



высокое качество оказываемой помощи. Перегрузки в работе ведут не только к профессиональному выгоранию, следствием которого является безразличие к качеству выполняемой работы, но нередки и случаи хамства со стороны медиков. Инвалидизация работников не уменьшается – об этом говорят выплаты по договорам коллективного страхования лицам, выходящим впервые на инвалидность, которые осуществляет Терком профсоюза. В довершение еще один факт: в прошлом году на рабочих местах по различным причинам умерло 14 человек.

15 октября прошлого года издан приказ № 1176/п по выполнению поручения вице-губернатора СПб О.А.Казанской о создании рабочей группы по разработке предложений о мерах по ликвидации дефицита кадров и мерах социальной поддержки медицинских работников, в состав которой, несмотря на Отраслевое соглашение между Комитетом по здравоохранению и Терком профсоюза о социальном партнерстве, не был включен представитель от профсоюза. А профсоюз каждый день занимается социальной защитой медиков. Тем не менее, мне не известны итоги деятельности данной рабочей группы.

Кратко остановлюсь на оплате труда в отрасли. Два последних года Терком профсоюза на разных уровнях поднимал вопрос о внесении изменений и дополнений в действующий закон об оплате труда, в том числе и в связи с Федеральным законом №83. Терком профсоюза совместно с КПЗ подготовил дополнения. Трижды на заседаниях Санкт-Петербургской Трехсторонней комиссии приходилось доказывать представителям исполнительной власти необходимость в изменении закона. Были заверения, в том числе самых высоких руководителей города о том, что законопроект будет принят в декабре 2012 года, но воз и ныне там. Только несколько дней назад Комитет финансов направил проект Закона в Юридический комитет Смольного, в котором на сегодняшний день учтены предложения профсоюза и Комитета по здравоохранению.

Возникает вопрос: почему власти (и исполнительная, и законодательная) безразлично относятся к социально-экономическому положению работников здравоохранения. Почему работникам народного образования выплачиваются, хоть и раз в пять лет, хоть и небольшие деньги на оздоровление? Почему их молодые специалисты в течение трех лет имеют 50% компенсацию расходов на общественный транспорт? Почему столь малые суммы выпла-

чиваются нашим работникам, имеющим разъездной характер работы; почему участковой службе в районах нового строительства, где порой черт ногу сломит из-за состояния дорог, освещенности, не установить дополнительные выплаты на определенный период? Может не уходили бы работники с участка?

Цифры средней заработной платы, что дает Петростат, и размеры оплаты труда врачей некоторых специальностей, которые любят называть высоким начальство не отражает действительные суммы, получаемые большинством работников в реальности.

В реализации второго направления Программы модернизации – внедрение медицинских стандартов, повышение доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи населению – при всех положительных моментах, связанных с установлением доплат специалистам следует констатировать недостаточность величины тарифов на медицинские услуги. По этой причине периодически в ряде ЛПУ возникают трудности с выплатой заработной платы. При внедрении медицинских стандартов, что по себе является крайне необходимым, возникают некоторые противоречия, связанные с увеличением времени на реализацию стандарта по выполнению плановых заданий, от которых зависит формирование фонда оплаты труда. В условиях не достаточности тарифов эти противоречия порой трудно устранимы.

Если мы желаем поднять престиж медицинских работников, ликвидировать дефицит кадров, надо незамедлительно принимать необходимые меры».

Вице-губернатор Санкт-Петербурга О.А.Казанская, закрывая заседание коллегии, сказала, что не стоит пессимистично относиться к ситуации. По ее мнению, проблемы у отрасли есть, но ситуация меняется к лучшему. Главным достижением 2012 года можно назвать повышение уровня рождаемости. По мнению вице-губернатора, городу нужно также стремиться к повышению показателя продолжительности жизни. О.А.Казанская также отметила, что в грядущем году город постарается развивать государственно-частное партнерство в стационарных и амбулаторных отраслях.

А профсоюзная точка зрения такова: от констатации проблем нужно переходить к реальным шагам по их устранению. Решение кричащей кадровой проблемы в здравоохранении лежит в изменении действующей системы оплаты труда.

«Дорожные карты» здравоохранения

Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения, в значительной степени затрагивают трудовые, профессиональные и экономические интересы работников системы здравоохранения.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 №1706 утверждены Методические рекомендации по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации».

Региональные «дорожные карты» развития здравоохранения должны быть утверждены субъектами Российской Федерации в срок до 1 апреля 2013 года (по согласованию с Минздравом России), что предусмотрено пунктом 4 Плана мероприятий Федеральной «дорожной карты», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р.

Региональные «дорожные карты» должны содержать целевые индикаторы развития отрасли, оптимизацию структуры, а также определение динамики значений соотношения средней заработной платы категорий медицинских работников, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597, и средней заработной платы в соответствующем субъекте Российской Федерации в 2012 - 2018 годах.

На основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Федеральной «дорожной карты» и «дорожных карт» субъектов Российской Федерации в соответствии с пунктом 3 Плана мероприятий Федеральной «дорожной карты» в срок до 1 мая 2013 г. предусмотрена разработка программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации, с последующей разработкой планов реализации программ развития здравоохранения на период бюджетного планирования.

Наличие указанных «дорожных карт» является условием заключения Соглашения между Минфином России и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации о предоставлении дополнительной финансовой помощи из федерального бюджета в виде дотации на частичную компенсацию дополнительных расходов на повышение оплаты труда работников бюджетной сферы.

Примерная форма региональной «дорожной карты» (приложение №2 к приказу) предусматривает соотношение средней заработной платы отдельных категорий работников, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации в 2012-2018 годах (агрегированные значения).

Кроме того, предусмотрены отдельные показатели и мероприятия в сфере реализации кадровой политики, подготовки и повышения квалификации кадров; соответствия штатной численности персонала порядкам оказания медицинской помощи; построения системы оценки деятельности организаций, их руководителей и работников, основанной на единых принципах; создания условий для перевода работников на «эффективный контракт»; обеспечения дифференциации оплаты труда основного и прочего персонала с учетом предельной доли расходов на оплату труда административно-управленческого персонала не более 40% фонда оплаты труда и т.д.

Следует обратить внимание, что органу государственной власти субъекта Российской Федерации рекомендуется провести обсуждение мероприятий по реализации структурных преобразований системы оказания медицинской помощи субъекта Российской Федерации с профсоюзами, представителями врачебного сообщества, работодателями, пациентскими и общественными организациями.



Итоги областного здравоохранения

26 февраля в Детской областной клинической больнице прошла коллегия комитета по здравоохранению Ленинградской области. Она была посвящена итогам прошедшего 2012 года, в том числе реализации долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Ленинградской области на 2011-2012 годы», а также приоритетным вопросам системы здравоохранения. В ее работе принимали участие члены коллегии комитета, главные врачи муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, представители муниципальных органов власти.

В Ленинградской области медицинская помощь представлена 66 медицинскими организациями, из которых 34 – муниципальные и 32 – государственные. В состав медицинских учреждений входят амбулаторные подразделения, ФАПы, диспансеры, станции скорой помощи, стоматологические поликлиники и пр. В области формируется трехуровневая система оказания медицинской помощи, а также развивается система маршрутизации пациентов. Главные тенденции структурных преобразований связаны с развитием первичной медико-санитарной помощи с максимальным приближением ее к местам проживания граждан. В области предусмотрено создание 5 медицинских округов, численность населения в которых 250 – 350 тыс. человек. В каждом округе определены головные медицинские организации, на базе которых организуются муниципальные отделения.

Ленинградская область отличается от других регионов России низкой плотностью населения (20 чел. на 1 кв. км) и большим количеством скоростных автомобильных дорог, в том числе и федеральных. Частота дорожно-транспортных происшествий приводит к необходимости содержания большого количества травмацентров: в настоящее время в области таких учреждений 24.

Основой системы организации медицинской помощи в Ленинградской области является первичная медико-санитарная помощь, оказываемая на амбулаторном этапе. Число посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения Ленинградской области с 2006 по 2012 годы выросло на 16%, в т.ч. и количество обращений сельских жителей. На 22,5% выросло количество пациентов, взятых на диспансерный учет в связи с хроническими заболеваниями. Тем не менее, остается низким удельный вес посещений с профилактической целью.

О результатах модернизации здравоохранения за 2011-2012 годы с докладом выступил председатель комитета Арчил Алексеевич Лобжанидзе. Он отметил, что главной целью двухлетней работы являлся не только ремонт медицинских учреждений, но и создание условий для выполнения на территории Ленинградской области Порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России, и обязательных к исполнению с 1 января 2013 года.

Общее финансирование программы модернизации областного здравоохранения составило около 3,5 млрд. рублей. Эти средства были направлены на укрепление материально-технической базы, развитие первичной медико-санитарной помощи, на социальные надбавки врачам и среднему медицинскому персоналу. Так, на развитие материально-технической базы было направлено более 2,7 млрд. рублей, из них на капитальные ремонты был затрачен 1,1 млрд., на оснащение оборудованием – 1,6 млрд. рублей. На современные информационные системы выделено 158,8 млн. рублей, на внедрение стандартов медицинской помощи – более 552 млн. рублей.

А.А.Лобжанидзе отметил, что в 2011-2012 годах производились выплаты стимулирующего характера врачам и среднему медицинскому персоналу в рамках программы модернизации (5000 и 3000 рублей ежемесячно), осуществлялась социальная поддержка молодых специалистов. Арчил Алексеевич подчеркнул, что за два года реализации программы модернизации в отрасль пришли 1 110 молодых специалистов (до 35 лет): принято на работу 490 молодых врачей, 620 – среднего медицинского персонала. 71 доктор, участвующий в программе «Земский врач», получил по 1 млн. рублей.

Главный результат работы – улучшение основных демографических показателей. Согласно показателям медицинской результативности, в области отмечается снижение смертности населения. В сравнении с 2010 годом общая смертность на одну тысячу населения снизилась с 16,7% до 14,6%. Смертность населения в трудо-

способном возрасте на 100 тысяч населения уменьшилась с 771 до 685. Отмечается снижение младенческой смертности (6,1%), ее уровень в Ленинградской области ниже, чем в Северо-Западном Федеральном округе и по России в целом. По данному вопросу коллегия комитета приняла решение обеспечить исполнение утвержденных Порядков оказания медицинской помощи, обеспечить эффективное использование оборудования, поставленного в рамках «Программы модернизации здравоохранения Ленинградской области», а также завершить все ремонтные работы, запланированные по программе модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы в срок до 1 марта 2013 года.

В работе коллегии принял участие губернатор Ленинградской области Александр Юрьевич Дрозденко, который в своем выступлении выразил беспокойство кадровой проблемой. Он встревожен тем, что укомплектованность кадрами в областной медицине составляет 64%, и есть тенденция к снижению этого показателя. Проводимой работы по привлечению кадров в больницы и поликлиники недостаточно. Губернатор предложил проиндексировать размер выплат врачам, впервые пришедшим на работу в областную медицину. Он обратился к главным врачам с требованием по подготовке предложений по удержанию специалистов в областных учреждениях здравоохранения, чтобы была преодолена тенденция оттока молодых специалистов в коммерческие учреждения Санкт-Петербурга.

Остановился А.Ю.Дрозденко на демографических показателях. Снижение смертности и повышение продолжительности жизни сочетается с низким уровнем рождаемости. Прирост населения идет за счет мигрантов, которые в основной массе не имеют полисов ОМС. Поставлены задачи по обязыванию работодателей выдавать трудовым мигрантам полисы и по взысканию через суд тех сумм, которые наша медицина тратит на лечение гастарбайтеров. Также губернатор поручил нормализовать ситуацию в течение полугода по решению проблем очередей к врачам.

Глава региона обратил внимание на проведение разъяснительной работы с населением в части реализации программы модернизации здравоохранения. Многие пациенты жалуются на закрытие круглосуточных стационаров и замену их на дневные. Решение проблемы А.Ю.Дрозденко видит в следующем: в сельских фельдшерско-акушерских пунктах надо устанавливать только диагностическое оборудование и оборудование для элементарных процедур, при этом организовать оперативную и безопасную доставку пациентов в районные стационары и продолжать работу по их дооснащению и модернизации.

В завершении коллегии глава комитета А.А.Лобжанидзе призвал главных врачей обеспечить выполнение принятых решений, а также пожелал всем успешной работы в 2013 году.

Председатель Теркома профсоюза работников здравоохранения В.А.Дмитриев присутствовал на данной коллегии и дал нам свой комментарий. Он отметил совместную работу Комитета по здравоохранению и Теркома профсоюза над законом, по которому в 2011 году в Ленинградской области была принята новая система оплаты труда, главной целью которой было включение в состав должностного оклада так называемой дополнительной выплаты (губернаторской надбавки). После введения новой системы оплаты труда Терком профсоюза проводил мониторинг порядка введения принятой системы, отслеживая своевременность тарификации этапов увеличения расчетной единицы и повышения заработной платы.

В 2012 году совместно с КПЗ внесены изменения в Положение о системе оплаты труда, в части увеличения коэффициента за работы во вредных условиях труда работников противотуберкулезных учреждений с 40 до 50%, что позволило увеличить заработную плату врачам на 1200, а среднему персоналу на 800 рублей. Повышен размер заработной платы прочего персонала с высшим и профессиональным образованием учреждений здравоохранения (биолог, логопед), увеличение расчетного коэффициента на 25% позволило устранить диспропорцию в оплате их труда, в целом это повышение составило от 2 до 2,5 тыс. рублей. Также внесены изменения в оплату труда медицинского персонала отделов консультативной помощи за работу в ночное время: вместо 40% установлено 80% доплата за каждый час работы в ночное время, а также врачам-руководителям и их заместителям разрешена работа по специальности в пределах нормы рабочего времени по основной должности с оплатой в размере 25%.

В.А.Дмитриев отметил, что в докладе главы комитета по здравоохранению приводились цифры заработной платы с учетом совместительства, обратив внимание на разрыв в оплате труда работников здравоохранения Ленинградской области и Санкт-Петербурга на 4-5 тыс.рублей, даже несмотря на доплаты в рамках программ «Здоровье» и модернизации здравоохранения. В условиях роста тарифов ЖКХ и инфляции уровень заработной платы большинству работников не позволяют ощущать удовлетворение от своей работы. Согласно данным Петростата средняя заработная плата в здравоохранении в Ленинградской области составляет около 27 тыс. рублей. По сравнению с январем 2012 года произошло абсолютное увеличение заработной платы на 6494 рубля или на 31,67%. Соотношение средней заработной платы в здравоохранении в Ленинградской области к средней заработной плате в здравоохранении в Санкт-Петербурге в декабре 2012 года составило чуть более 64%. Рост заработной платы в областном здравоохра-

нении идет медленными темпами по сравнению с ростом её в целом по экономике отраслей в Ленинградской области и в сравнении существенно отстает от роста потребительских цен и от роста прожиточного минимума.

Совместная работа Комитета по здравоохранению и Теркома профсоюза по совершенствованию системы оплаты труда будет в 2013 году продолжена. Также будет продолжена и большая работа по профсоюзному контролю условий труда работников отрасли, по мониторингу кадровой работы. В текущем году заканчивается действие Отраслевого соглашения между Комитетом по здравоохранению, Советом главных врачей Ленинградской области и Территориальным комитетом профсоюза. Поэтому в ближайшее время следует активизировать работу по подготовке нового соглашения, а также необходимо сделать так, чтобы в каждом лечебно-профилактическом учреждении был заключен коллективный договор.

О будущем здравоохранения из надежного источника



6 марта в актовом зале Дворца Труда прошел постоянно-действующий семинар Территориальной организации профсоюза работников здравоохранения в необычном формате. Вместо обычных двух часов он длился более 6 часов. Вызвано это было приглашением для выступления Фарита Накиповича Кадырова, профессора, доктора экономических наук, заместителя директора Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения. Фарит Накипович хорошо известен еще со времен его работы в качестве заместителя председателя Комитета по здравоохранению Петербурга.

Ф.Н.Кадыров рассказал о влиянии изменений Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» на здравоохранение.

Были рассмотрены права бюджетного учреждения здравоохранения самостоятельно распоряжаться средствами, полученными от приносящей доход деятельности. В последние годы произошло преобразование типов учреждений здравоохранения. Фарит Накипович подробно остановился на сравнении типов учреждений здравоохранения, на порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, на штрафных санкциях в системе обязательного медицинского страхования. Наибольший интерес у участников семинара вызвали рассматриваемые вопросы деятельности учреждений здравоохранения в условиях нового законодательства.

На все возникшие вопросы Фарит Накипович дал полные и исчерпывающие ответы. И в перерывах семинара и по его окончании он был окружен заинтересованными профсоюзными активистами. Отвечая на вопрос с трибуны, Ф.Н.Кадыров подтвердил, что профсоюзы – важная часть гражданского общества. Вспоминая о петербургском этапе своей работы он отметил, что к профсоюзной позиции он всегда относился с уважением и большей частью был с нею согласен. И сейчас он сохраняет теплые отношения авторитетными профсоюзными работниками – с В.А.Дмитриевым, Н.В.Туренко, обращается к ним за консультациями, а в случае необходимости готов оказывать посильную помощь.

Готовимся к новой кампании по отчетам и выборам

Совсем скоро в нашем Профсоюзе стартует новая отчетно-выборная кампания. Ее началом будут конференции в первичных организациях профсоюза, затем они пройдут в районных организациях, потом в Территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской области организации профсоюза. Завершением отчет-



тов и выборов в Профсоюзе будет с ь е з д Профсоюза работн и к о в здравоохранения РФ. Напомним, что по д о б н ы е

мероприятия регламентируются Уставом Профсоюза и Инструкцией по отчетам и выборам, и проводятся раз в пять лет.

В преддверии начала серьезной работы Терком профсоюза принял решение о проведении семинара для руководителей организаций профсоюза. Он проходил 1-3 марта в Эстонии, на курорте Усть-Нарва. В нем принимали участие работники аппарата Теркома, ответственные за организационную работу, и председатели крупнейших профсоюзных организаций. Выступление председателя Теркома В.А.Дмитриева, доклад Л.З.Гольдиной позволили участникам семинара вернуться в тематику отчетов и выборов, вновь окупнуться в соответствующие положения Устава Профсоюза и Инструкции по отчетам и выборам, рассмотреть конкретные ситуации отчетно-выборной кампании: от выбора делегатов до сдачи отчетной документации.

В свободное от учебы время слушатели смогли получить предлагаемы в спа-отеле процедуры, съездить на экскурсии в Нарвский замок, в Пюхтицкий женский монастырь, погулять в живописных окрестностях балтийского взморья. Получилось хорошо поработать и отдохнуть.

Снижение заработной платы медработникам недопустимо

В связи с выявленными Министерством здравоохранения РФ фактами снижения средней заработной платы медицинских работников в январе-феврале 2013 года в сравнении с 2012 годом министр Вероника Игоревна Скворцова поручила Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (ФФОМС) провести проверки по каждому из таких сообщений и принять исчерпывающие меры.

По информации ФФОМС, в целях финансового обеспечения расходных обязательств регионов по организации обязательного медицинского страхования на своих территориях в бюджете ФФОМС предусмотрены субвенции на 2013 год в сумме - 985,4 млрд. рублей, что превышает размер субвенции 2012 года на 61 процент.

Размер указанной субвенции в обязательном порядке включает в себя суммы, необходимые для сохранения всех стимулирующих надбавок, предусмотренных в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации здравоохранения. Сумма надбавок в совокупном размере субвенции на 2013 год составляет 114,9 млрд. рублей.

Средний норматив финансирования, предусмотренный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год на 1 посещение в поликлинике в 2013 году, составляет 266,3 рубля, что на 57,1% выше уровня 2012 года, в том числе рост заработной платы 45,1%; на 1 койко-день в стационарных условиях - 1 756,2 рублей, что выше уровня 2012 года на 50,5%, в том числе рост заработной платы 67,9% соответственно.

Таким образом, средства на выплату стимулирующих надбавок следующим категориям медицинских работников предусмотрены в полном объеме:

- медицинскому персоналу в рамках финансового обеспечения оказания дополнительной медицинской помощи,

оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);

- медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;

- медицинскому персоналу, участвующему в 2011 и 2012 годах в реализации мероприятий реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

В целях оперативной ликвидации возникших искажений на местах министр направила письма в регионы с требованием обеспечить повышение размера заработной платы медицинских работников по сравнению с уровнем 2012 года с учетом соответствующих стимулирующих выплат.

Регионам рекомендовано также проводить ежемесячный мониторинг размера средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в разрезе медицинских учреждений, результаты которого будут одновременно анализироваться Министерством.

По медицинским учреждениям, в которых уровень заработной платы медицинских работников оказался ниже уровня 2012 года, министр поручила незамедлительно принять меры и в самый короткий срок устранить возникшую ситуацию. Отчеты о принятых мерах должны быть представлены в Министерство.

Инф. сайта Минздрава РФ

Конституционный Суд: право работников на льготы сохраняется



Создание безопасных условий работы в учреждении является обязанностью работодателя, установленной ст.212 Трудового кодекса. Наличие вредных или опасных для здоровья работника факторов выявляется в ходе аттестации рабочих мест. Это мероприятие стоит на страже интересов работников и коллектива в целом, и работодатель не может игнорировать требование про-

вести анализ безопасности условий труда.

Что касается самой аттестации рабочих мест, то Министерство труда и социальной защиты РФ Приказом от 12.12.2012 №590н внесло изменения в Приказ Минздравсоцразвития РФ №342н о порядке проведения аттестации рабочих мест по условиям труда (далее АРМ). Напомним, приказ вступил в законную силу с 1 сентября 2011 года. Приказ или, как его называют, порядок явился первым шагом к реформированию системы охраны труда, а точнее контроля за соблюдением трудового законодательства.

Порядком было определено, что аттестации подлежат все рабочие места. Теперь предусмотрены исключения. Это рабочие места, на которых работники исключительно заняты на работах с использованием компьютеров и офисной техники. Новым приказом уточняются условия проведения первичной, повторной и внеплановой аттестации.

Результаты обследования рабочих мест используются для расчета льгот и компенсаций специалистам, занятым во вредных или опасных условиях труда (ст. ст. 92, 117, 213, 219, 221, 222 ТК). Для таких работников предусмотрены сокращенный рабочий день, предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, проведение медицинских осмотров за счет работодателя, выдача молока, обеспечение специальной одеждой и обувью. Однако в решении вопросов о предоставлении соответствующих компенсаций работникам по результатам АРМ появляются проблемы. Помогают их решить определения Верховного суда, в частности, последнее определение Конституционного суда, суть которого мы предлагаем вашему вниманию.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ Конституционного Суда РФ от 7 февраля 2013 года по жалобе гражданина Силантьева Петра Иосифовича на нарушение его конституционных прав.

Как следует из представленных материалов по результатам оценки условий труда, произведенной в ходе АРМ и отраженной в карте АРМ по условиям труда, класс условий труда

по степени вредности и (или) опасности факторов производственной среды и трудового процесса был определен значением 3.2 (вредные условия труда).

На основании данной оценки и в соответствии с постановлением Правительства РФ от 20 ноября 2008 года № 870 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, повышенной оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными условиями труда» П.И.Силантьеву с 1 ноября 2010 года был повышен размер оплаты труда на 4 процента тарифной ставки; иные предусмотренные законодательством компенсации за работу во вредных условиях труда ему не устанавливались.

Решением Братского городского суда Иркутской области от 29 ноября 2011 года, оставленным без изменения определением судебной коллегии по гражданским делам Иркутского областного суда от 24 февраля 2012 года, в удовлетворении требований П.И.Силантьева о признании за ним права на предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска продолжительностью 7 календарных дней, установлении сокращенной продолжительности рабочего времени (36-часовой рабочей недели) в связи с работой во вредных условиях труда и о внесении соответствующих изменений в трудовой договор было отказано. При этом суды сослались на отсутствие наименования профессии заявителя в Списке производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день (утвержден постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25 октября 1974 года № 298/П-22) (далее – Список).

Статья 117 ТК РФ в первоначальной редакции, гарантировавшая право работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск, предусматривала, что перечни производств, работ, профессий и должностей, работа в которых дает право на дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, а также минимальная продолжительность этого отпуска и условия его предоставления утверждаются Правительством РФ с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Поскольку Правительством РФ соответствующее правовое регулирование установлено не было, в силу части второй статьи 423 ТК РФ продолжал применяться Список, а также Инструкция о порядке применения указанного Списка (утверждена постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 21 ноября 1975 года № 273/П-20). При этом основанием предоставления работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска являлось выполнение ими работы по профессии или должности, которая предусмотрена в соответствующих разделах Списка, относящихся к определенным производствам и цехам.

Часть первая статьи 117 ТК РФ, как следует из ее содержания, закрепляет само право указанной категории работников на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск в качестве компенсации неблагоприятного воздействия на их здоровье вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса, т.е. представляет собой одну из гарантий обеспечения конституционных прав работников на безопасные условия труда, отдых и охрану здоровья.

Что же касается части второй данной статьи, то она носит отсылочный характер, однако предполагает установление в порядке, определяемом Правительством РФ, с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений лишь минимальной продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также условий его предоставления. Содержащаяся в ней норма подлежит применению во взаимосвязи с принятым в ее развитие постановлением Правительства РФ от 20 ноября 2008 года № 870, пункт 1 которого предусматривает в качестве компенсаций, предоставляемых работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, по результатам ат-

тестации рабочих мест сокращенную продолжительность рабочего времени - не более 36 часов в неделю в соответствии со статьей 92 ТК РФ, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск - не менее 7 календарных дней и повышение оплаты труда - не менее 4 процентов тарифной ставки (оклада), установленной для различных видов работ с нормальными условиями труда.

По смыслу данного нормативного положения, основанием для предоставления компенсаций за работу во вредных и (или) опасных условиях труда является результат оценки условий труда работника, осуществленной в ходе аттестации рабочих мест по условиям труда, которая проводится в соответствии с Порядком проведения АРМ (утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2011 года № 342н), в качестве вредных и (или) опасных.

Такое правовое регулирование, предполагающее установление компенсаций на основании оценки объективно существующих условий труда на каждом рабочем месте, а не в зависимости от сугубо формального критерия - включения или не включения наименования соответствующей работы, профессии и должностей, работа в которых дает право на дополнительный оплачиваемый отпуск в связи с вредными и (или) опасными условиями труда, - также выступает гарантией обеспечения конституционных прав работников на безопасные условия труда, отдых и охрану здоровья и согласуется с целями трудового законодательства (статья 1 ТК РФ).

Постановлением Правительства РФ от 20 ноября 2008 года №870 Министерству здравоохранения и социального развития РФ предписывалось установить сокращенную продолжительность рабочего времени, минимальную продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска и минимальный размер повышения оплаты труда, а также условия предоставления указанных компенсаций.

До настоящего времени соответствующий нормативный правовой акт не издан, что, однако, не освобождает работодателей от обязанности по предоставлению названных компенсаций, в том числе ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска.

Приведенная правовая позиция Конституционного Суда Российской Федерации носит общеобязательный характер и не может быть преодолена в правоприменительной практике (статья 6 и часть вторая статьи 79 Федерального конституционного закона «О Конституционном Суде Российской Федерации»).

Конституционный Суд Российской Федерации определил:

С учетом правовой позиции, выраженной Конституционным Судом Российской Федерации в настоящем Определении и имеющей в силу статьи 6 и части второй статьи 79 Федерального конституционного закона «О Конституционном Суде РФ» общеобязательный характер, указанный в статье 117 ТК РФ и пункте 1 постановления Правительства РФ от 20 ноября 2008 года № 870 ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью не менее 7 календарных дней должен предоставляться всем работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, включая тех, чьи профессии, должности или выполняемая работа не предусмотрены Списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, но работа которых в условиях воздействия вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса подтверждается результатами аттестации рабочих мест по условиям труда.

Из определения Конституционного суда можно сделать вывод, что работникам по результатам аттестации рабочих мест сокращенный рабочий день, предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, прочие компенсации, предусмотренные законодательством, должны предоставляться в полном объеме. Полностью ознакомиться с текстом Определения Конституционного суда РФ можно на сайте Теркома профсоюза.

Г.Н. Малушко,
технический инспектор труда ЦК профсоюза
по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

Скоро Первомай



Приближается 1 мая. Территориальная организация профсоюза работников здравоохранения примет традиционное участие в первомайской акции профсоюзов – в шествии и митинге под девизом: «**Достойный труд - достойная зарплата!**», организуемых Ленинградской Федерацией профсоюзов.

Какие проблемы сейчас существуют у работников здравоохранения? Рост заработной платы по-прежнему отстает от темпов роста потребительских цен. Остается сложной ситуация с реализацией систем оплаты труда в бюджетной сфере, их совершенствованием в рамках перехода на преимущественно одноканальное финансирование в системе ОМС. Минимальный размер оплаты труда фактически заморожен на уровне двух третей прожиточного минимума. Медленно решаются задачи по укреплению кадрового потенциала в сфере здравоохранения, повышения престижности медицинской профессии. В целях обеспечения безопасности труда и сохранения здоровья работников необходим комплексный, а не локальный подход к установлению объективной оценки условий труда.

В период очередной модернизации пенсионной системы остро стоят вопросы восстановления баланса меж-

ду показателем прожиточного минимума, размерами минимальной заработной платы и минимального пособия. Необходимо максимально сохранить пенсионные права работников при изменении действующих условий пенсионного обеспечения. Профсоюзы не должны допустить, чтобы реформы в экономике осуществлялись за счёт человека труда, снижения уровня социально-трудовых прав работников и социальных гарантий.

Лозунгами колонны профсоюза работников здравоохранения будут «Достойная зарплата медицинским работникам!», «Мы за доступное качественное образование и здравоохранение!», «Требуем социальных гарантий медицинским работникам!», «Здравоохранению - заботу государства!».

Приглашаем всех неравнодушных к проблемам отрасли на первомайскую профсоюзную демонстрацию!

Сайт Теркома профсоюза: <http://przspb.ru> Электронный адрес: tk@przspb.ru

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

В апреле Санкт-Петербургское государственное унитарное производственно-торговое предприятие «Медтехника» отметило свое 80-летие, а Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии - 90-летие. Поздравляем коллективы этих учреждений с юбилеями! Территориальный комитет профсоюза поздравляет с днем рождения всех коллег, родившихся в апреле! **Юбилей** в этот период отмечают:

МАСИЯНСКАЯ Татьяна Ивановна, председатель профкома СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им.И.И.Джанелидзе»,

ГОЦЕРИДЗЕ Татьяна Сергеевна, председатель профкома СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 111»,

АНДРЮЩЕНКО Ирина Александровна, председатель профкома СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 78»,

ШЛАГАНОВА Галина Михайловна, председатель профкома СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 112»,

ЛЕЙВАК Ольга Викторовна, председатель профкома СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 17»,

КОЧЕТКОВА Наталья Сергеевна, председатель профкома МУЗ «Сясьстройская районная больница»,

ПИРОЖИНСКАЯ Ирина Леонидовна, председатель Колпинской районной организации профсоюза,

ЛИТВИНОВ Артем Николаевич, председатель профкома СПб ГБУЗ «Городская больница № 36»,

НОСКОВА Александра Александровна, казначей профкома ОАО «Стоматологическая поликлиника № 1»,

ПУЗАКОВА Нина Ивановна, казначей профкома СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 96»,

САМОХВАЛОВА Вера Ивановна, казначей профкома СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 им.Св.Марии Магдалины»,

КОВНЕР Ирина Петровна, казначей профкома СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 8»,

НОВИКОВА Ирина Николаевна, казначей профкома СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 99»,

ГУЦ Елена Серафимовна, казначей профкома СПб ГБУЗ «Детский пульмонологический санаторий «Салют».

Желаем Вам счастья, здоровья, успехов в труде и профсоюзной работе!