

Михаил Кузьменко: «В центре внимания Профсоюза — насущные проблемы работников здравоохранения» (10.08.2017)

Обеспечение профессиональных, социально-экономических, трудовых прав и интересов работников здравоохранения, улучшение благосостояния и качества их жизни, поддержание стабильной работы медицинских коллективов – эти и другие вопросы постоянно находятся в центре внимания Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, успешно развивающего свою многогранную деятельность под руководством Михаила Михайловича Кузьменко.

Интервью председателя Профсоюза мы предлагаем вашему вниманию.

— Михаил Михайлович, одним из основных направлений деятельности Профсоюза продолжают оставаться вопросы обеспечения государством достойного материального вознаграждения работников за труд, при этом важнейшей стороной правовой составляющей в сфере оплаты труда является сама система исчисления заработной платы, её структура. Расскажите подробнее об этой стороне вашей деятельности.

— Читатели журнала, очевидно, знают, что в течение многих лет, после отмены Единой тарифной сетки, одним из основных требований ЦК Профсоюза было формирование эффективной государственной системы гарантий по оплате труда, в основе которой должны быть предусмотрены единые размеры базовых окладов по профессиональным квалификационным группам должностей работников бюджетной сферы. И это наше требование нашло правовое решение в Указе Президента РФ от 07.05.2012 № 597, в соответствии с которым Правительство РФ должно утвердить базовые оклады.

Уже на начальном этапе реализации нормативных правовых актов, направленных на реализацию Указа, мы понимали, что легко этот вопрос решаться не будет, ведь в настоящее время ситуация в регионах в части размеров минимальных окладов значительно разнится. В результате сложилась существенная, объективно не обусловленная дифференциация уровней оплаты труда специалистов, оказывающих одни и те же медицинские услуги, но в разных регионах страны. Это стало одним из главных факторов, негативно влияющих на региональную сбалансированность кадровой обеспеченности лечебно-профилактических учреждений. А в сочетании с уже ставшей «исторической» проблемой крайне низких размеров заработной платы специалистов на фоне чрезмерной интенсификации их труда по причине дефицита кадров сохраняется проблема непривлекательности профессии для молодых врачей, а также отсутствия мотивации работников к повышению эффективности и качества труда.

К сожалению, вопрос утверждения Правительством страны базовых окладов по профессиональным квалификационным группам должностей работников бюджетной сферы до настоящего времени не закрыт. Это остаётся одной из основных наших задач, которые мы решаем и будем решать на федеральном уровне. При этом мы намерены твёрдо отстаивать свои предложения, в основе которых заложен основной постулат: минимальный базовый оклад — не ниже МРОТ. Мы считаем, что именно такой подход позволит разрешить приобретающую всё большую остроту проблему статуса и структуры МРОТ, который сегодня включает не только должностной оклад, но и все надтарифные выплаты как компенсационного, так и стимулирующего характера. Кроме того, увеличение МРОТ обеспечит динамичный рост должностных окладов работников, определённых с учётом специфики и сложности их деятельности. Замечу, что с 1 июля 2016 года МРОТ увеличен с 6204 до 7500 рублей, а с 1 июля 2017 года в соответствии с Федеральным законом от 19.12.2016 № 460-ФЗ он вырастет до 7800 рублей. Но, учитывая требование Трудового кодекса РФ о доведении МРОТ до прожиточного минимума трудоспособного населения, консультации сторон социального партнёрства по этому вопросу продолжают, и наш Профсоюз, в том числе в рамках ФНПР, принимает в этом активное участие.

Тем не менее нельзя не отметить, что серьёзная подготовительная работа по формированию системы базовых окладов в отрасли ведётся. Ещё в 2014 году нами совместно с Минздравом России была сформирована принципиальная позиция о необходимости изменения структуры заработной платы в здравоохранении исходя из увеличения в ней доли гарантированной тарифной части (должностных окладов) до 55–60%. Эта направленность в совершенствовании региональных систем оплаты труда ежегодно в течение ряда лет находит отражение в разделе Единых рекомендаций РТК по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, отражающем специфику оплаты труда в здравоохранении.

Должен отметить, что процесс идёт непросто, ведь эта реформа осуществляется без дополнительного финансирования, в основном за счёт актуализации системы выплат стимулирующего, да и компенсационного характера. Мы нацеливаем наши первичные организации активно работать в коллективах совместно с администрацией учреждений, разъясняя суть и механизмы этих процессов, при этом не допуская снижения уровня оплаты труда конкретных работников.

Исходя из понимания того, что в сложившихся современных условиях эта работа является важнейшим фактором повышения уровня основных гарантий в сфере оплаты труда, мы постоянно мониторим ход её в субъектах РФ, в том числе оказываем практическую помощь органам управления здравоохранением и региональным организациям Профсоюза с выездом на места совместных бригад Минздрава России и ЦК Профсоюза.

В зоне внимания Профсоюза остаётся также тема необоснованной дифференциации размеров оплаты труда руководителей и работников учреждений. С целью регламентации этих вопросов в Единых рекомендациях РТК на 2017 год утверждены предложения ЦК Профсоюза и Минздрава России об установлении предельной доли расходов (не более 40%) на оплату труда административно-управленческого и вспомогательного персонала в фонде оплаты труда учреждения здравоохранения, а также об установлении предельных размеров соотношений между среднемесячной заработной платой руководителей, их заместителей, главных бухгалтеров и среднемесячной заработной платой работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения субъектов РФ в кратности от 1 до 6.

— Говоря о работе Профсоюза в сфере обеспечения трудовых прав работников, нельзя не остановиться на вопросах нормирования труда.

— Это очень важная тема, которая всегда была в центре внимания Проф-союза. Ведь складывается парадоксальная ситуация, когда на медицинскую услугу, оказываемую по единому стандарту, порядку оказания медпомощи, время выделяется в каждом учреждении разное. Кроме того, необходимость разработки отраслевой системы нормирования труда диктуется также тем, что степень интенсификации труда работников в последние годы приобретает всё более острый характер в связи с проводимой реструктуризацией сети и штатной численности учреждения, а также с критичностью ситуации с кадровым обеспечением. Наряду с низким уровнем оплаты труда это является одним из факторов социальной напряжённости в коллективах.

В целях совершенствования систем нормирования труда в здравоохранении при Минздраве России работает Межведомственная рабочая группа по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения с участием представителей профессиональных сообществ, отраслевого Профсоюза, научных специалистов в сфере организации здравоохранения. На основе проведённого в регионах специалистами Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России фотохронометража рабочего времени отдельных категорий работников приказами Министерства здравоохранения РФ утверждены типовые отраслевые нормы времени на посещение одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового,

врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-акушера-гинеколога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога. Разработан и утверждён План мероприятий («дорожная карта») по утверждению типовых отраслевых норм труда в сфере здравоохранения до 2020 года.

Задача Профсоюза на этом этапе — контроль того, как отражаются в разрабатываемых нормах реальные трудозатраты специалистов с учётом всех факторов, влияющих на организацию труда персонала, на основе реальных временных показателей проведённого специалистами хронометража, ведь нормы должны стать основой государственного содействия системной организации нормирования труда.

Кроме того, исходя из необходимости учёта возможности затрат рабочего времени, обусловленных особенностями деятельности отдельных категорий работников, мы считаем необходимым разработку соответствующим федеральным органом власти не только типовых норм труда, но и рекомендаций по их практическому применению на местах с учётом отраслевой и региональной специфики. На заседании Межведомственной рабочей группы при Минздраве России достигнута договорённость о разработке указанных рекомендаций.

Разумеется, все вопросы защиты трудовых, профессиональных, социально-экономических интересов работников здравоохранения нельзя рассматривать в отрыве от вопросов финансовой обеспеченности деятельности здравоохранения, в том числе оплаты труда работников. В рамках Российской трёхсторонней комиссии эти вопросы постоянно поднимаются ЦК Профсоюза при рассмотрении бюджетных проектировок, обсуждении хода реализации утверждённых бюджетов. Нас беспокоит, в первую очередь, тот факт, что в течение трёх предыдущих лет и на последующие три года (2017–2019) на федеральном уровне не предусмотрена индексация фондов оплаты труда работников государственных (муниципальных) учреждений. На фоне зафиксированных в прошедший период и прогнозируемых показателей инфляции это, очевидно, приведёт к снижению уровня реальной заработной платы.

Более того, осуществляя постоянный мониторинг реализации указов президента РФ в части повышения уровня оплаты труда врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, мы отмечаем в ряде регионов снижение номинальной начисленной заработной платы работников. Озабоченность вызывает ситуация в части достижения контрольных показателей роста заработной платы, обозначенных в указах президента РФ от 07.05.2012, в том числе неоднократные корректировки ранее установленных показателей региональных «дорожных карт», перенесение с 2017-го на 2018 год срока окончательного достижения задачи, поставленной президентом РФ на федеральном уровне; мы высказываем принципиальные возражения против применяемой в рамках федерального мониторинга Методики статистического анализа среднемесячной заработной платы как в части расчёта среднемесячной заработной платы работников, так и в части замены понятия средней зарплаты в субъекте РФ на понятие трудового дохода в субъекте РФ.

Но, разумеется, в первую очередь Профсоюз анализирует финансовую основу обязательного медицинского страхования, в рамках которого реализуется подавляющая часть медицинских услуг и, соответственно, обеспечивается оплата труда работников здравоохранения. Так, в течение ряда последних лет мы неоднократно обращали внимание органов государственной власти РФ на практику фактического изъятия средств ОМС на нестраховые цели, в частности дотации на сбалансированность федерального бюджета. В первую очередь это противоречит основам социального страхования, которые определяют специфический статус страховых средств. Но для нас также принципиальным было то, что в условиях недостаточности средств в Федеральном фонде это ещё более обостряет проблемы в части реализации указов президента РФ по повышению уровня оплаты труда медицинских работников.

Не могу не отметить как положительный факт, что начиная с 2016 года эта практика отменена: в бюджете ФФОМС сохранены средства в сумме 91,2 млрд рублей, которые

могут быть направлены в 2017 году на повышение уровня оплаты труда медицинских работников.

— Михаил Михайлович, Профсоюзом регулярно отмечается проделанная работа по внесению в закон «О специальной оценке условий труда» существенных для работников отрасли изменений и уточнений. Что удалось сделать в данном направлении в 2016 году?

— Начну с того, что Профсоюзом неоднократно инициировался ряд важных предложений по внесению изменений в законодательство о специальной оценке условий труда, направленных на её объективность при проведении на рабочих местах в медицинских организациях и связанных с учётом мнения работников. Объективность специальной оценки условий труда и её результат, как неоднократно отмечалось Профсоюзом, являются сегодня важными, а в некоторых случаях основными обоснованиями в необходимости предоставления компенсационных мер и их размеров работникам за работу в условиях вредных (опасных) факторов производственной среды и трудового процесса. А основным упущением на местах, как показывает постоянно осуществляемый Профсоюзом анализ проведения спецоценки, стало минимальное участие работника в процессе: получалось «без меня меня женили», и в результате такая спецоценка приводила в большинстве случаев к возникновению в медорганизациях конфликтных ситуаций, чего не должно быть априори. Работнику необходимо не только предоставить возможность обращения за разъяснениями к работодателю и экспертам по СОУТ, но в обязательном порядке должен вестись учёт его предложений по подтверждению на его рабочем месте тех или иных потенциально вредных факторов производственной среды и трудового процесса. И такое право в мае 2016 года реализовано в законодательстве о спецоценке Федеральным законом № 136-ФЗ.

— Михаил Михайлович, на что, по вашему мнению, следует обратить внимание руководителей как региональных организаций Профсоюза, так и медицинских организаций при разработке отраслевых соглашений в части применения нормативных актов бывшего Союза ССР?

— В последнее время часто звучат призывы «расправиться» с советским законодательством как неактуальным в наше время, с чем мы зачастую можем согласиться, однако нельзя просто взять и отменить нормы законодательства периода СССР, не предоставляя и не компенсируя работникам что-то взамен. Стоит отметить, что советское законодательство в своей основе было по большей части направлено именно на защиту работников, предоставляло полную компенсацию негативных факторов, связанных со спецификой работы, и решало закрепление кадров на рабочих местах и популяризацию соответствующей работы. Тенденции нынешнего времени направлены на сокращение издержек работодателей, но, к сожалению, путём сокращения гарантий работникам.

Возвращаясь к нашему вопросу, стоит отметить, что в настоящее время Минтрудом России ведётся активная работа по инкорпорации или отмене норм ранее действовавшего советского законодательства. Как на один из таких примеров можно указать на постановления Союза ССР, в соответствии с которыми, в целях закрепления кадров на селе, медицинским и другим работникам (врачам, среднему медперсоналу выездных бригад станций и отделений скорой и неотложной медицинской помощи, станций санитарной авиации и отделений плановой и экстренной консультативной помощи, расположенных в сельской местности и районах Крайнего Севера, а также водителям выездных бригад станций / отделений скорой и неотложной медицинской помощи и др.) предоставлялся дополнительный оплачиваемый трёхдневный отпуск.

Минтрудом России предлагалось отменить эти постановления как устаревшие. Однако Профсоюз выступил категорически против отмены этих документов без их актуализации в действующее трудовое законодательство. Минтруд прислушался к нашим доводам. Постановления на сегодня действуют, и отпуска должны предоставляться соответствующим категориям в полном объёме. Данная норма должна быть прописана в

отраслевых региональных соглашениях и коллективных договорах, действующих в учреждениях здравоохранения.

— В последнее время всё чаще обсуждается вопрос предоставления гражданам мер социальной поддержки с учётом принципа адресности и применения критериев нуждаемости. Нужно ли следовать этому в отношении медицинских работников?

— Действительно, в конце 2015 года широко обсуждался Федеральный закон, согласно которому предлагалось предоставлять отдельным категориям граждан меры социальной поддержки на условиях их нуждаемости. В проекте закона предусматривалось предоставление медицинским работникам, работающим и проживающим в сельской местности, компенсаций для оплаты жилищно-коммунальных услуг в зависимости от адресности и нуждаемости. Позиция Профсоюза по предлагаемому проекту закона была однозначной: применение принципов адресности и нуждаемости может привести к сужению круга медицинских работников, получающих данную социальную помощь, установленную ещё с 1930 года. Не секрет, что заработная плата на селе значительно отличается от зарплат в городе, и в отношении медицинских работников эти компенсации являлись гарантийной нормой со стороны государства. Размер выплат ранее не был ограничен какой-либо величиной, выплаты по своей сути носили стимулирующий характер для привлечения медиков для работы в сельской местности и никогда не предоставлялись в привязке к их адресности и нуждаемости. Благодаря активной работе, проделанной совместно с профильным комитетом Государственной думы и комиссией Общественной палаты РФ, предложения Профсоюза об исключении из законопроекта адресности и нуждаемости были услышаны: нормы законопроекта, которые сужали права медиков, из законопроекта исключены, ранее установленный порядок предоставления этих мер сохранён.

— И в продолжение этой темы: все ли медики в субъектах РФ, работающие в сельской местности, получают компенсации по оплате жилищно-коммунальных услуг? Какова в настоящее время ситуация в регионах?

— Следует отметить, что гарантированные государством меры социальной поддержки медиков на селе по оплате жилья и коммунальных услуг предоставлялись, как я уже говорил, с 1930 года. При этом нормативные правовые акты по данному вопросу неоднократно менялись, но вплоть до конца 2004 года размер льгот сохранялся, жильё и коммунальные услуги медикам на селе предоставлялись вообще бесплатно. Ситуация изменилась после принятия Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ, известного как закон о монетизации льгот. Так, например, в Чеченской Республике социальная поддержка медиков на селе фактически прекратилась вплоть до 2016 года в связи с отсутствием правового регулирования на республиканском уровне. Но решение данной проблемы не было пущено на самотёк. Для защиты прав медицинских и фармацевтических работников Чеченской Республики Профсоюз совместно с комитетом Чеченской республиканской организации тесно работал с республиканскими органами законодательной и исполнительной власти по восстановлению мер социальной поддержки по оплате жилья и коммунальных услуг медикам на селе. Результатом многолетней работы стало принятие закона Чеченской Республики и постановления Правительства Чеченской Республики, согласно которым медицинским и фармацевтическим работникам на селе была установлена денежная выплата в качестве меры социальной поддержки на оплату жилых помещений, отопления и освещения в размере 500 рублей ежемесячно.

Непростая ситуация сейчас происходит в Астраханской области. Там принят закон, согласно которому меры соцподдержки медицинским работникам установлены в зависимости от адресности и нуждаемости и величины прожиточного минимума в расчёте на душу населения по Астраханской области, несмотря на то, что до 2012 года сельские медики имели право на компенсации на основании решений органов местного самоуправления. После перевода муниципальных учреждений здравоохранения на уровень субъекта РФ с 2012 года и по декабрь 2016 года сельские медики были лишены

права на компенсации. Принятый закон значительно ухудшил условия получения компенсационных мер, поэтому Проф-союз, категорически не согласный с таким подходом, вынужден будет обращаться в Генеральную прокуратуру РФ об отмене такой нормы закона, принятого в Астраханской области.

— Михаил Михайлович, в полномочия Профсоюза входит осуществление контроля по соблюдению работодателями законодательства о труде. Каких результатов удалось добиться Профсоюзу в 2016 году?

— Нестабильная ситуация в стране заставляет наш Профсоюз уделять больше внимания обеспечению соблюдения социально-трудовых прав работников. Первоочередной задачей правовой и технической инспекции труда является защита прав работников учреждений здравоохранения от административного произвола недобросовестных работодателей. И здесь роль Профсоюза огромна, так как только профсоюзным структурам дано право осуществлять контроль по соблюдению работодателями трудового законодательства, в отличие от других, альтернативных и не определённых законом, объединений работников и профессиональных сообществ. Приведу несколько цифр. За 2016 год техническими и правовыми инспекторами труда ЦК Профсоюза проведено более 2500 проверок в более чем 1900 учреждениях здравоохранения по такой актуальной теме, как «Соблюдение прав работников на компенсационные меры по результатам СОУТ», в ходе которой было устранено более 9 тыс. нарушений: продолжительность рабочего времени, отмена (или снижение) продолжительности дополнительного оплачиваемого отпуска (более 5 тыс. нарушений) и компенсационных выплат (более 3 тыс. нарушений). Такая работа Профсоюза позволяет обеспечить неотвратимость проверок каждого учреждения здравоохранения, что, в свою очередь, снизит нарушение трудовых прав работников и одновременно с этим позволит получить развёрнутую информацию о состоянии дел по защите этих прав.