Доклад на V пленум комитета РОБ ПРЗ РФ

**О совместных действиях социальных партнеров, направленных на сохранение законных прав и гарантий работникам отрасли в условиях модернизации и реформирования**

Уважаемые участники пленума!

В период реформ и появления различных форм собственности проблема цивилизованного регулирования отношений в трудовой сфере приобретает все большее значение для социально-экономического развития как различных отраслей, так и страны в целом.

Это предполагает необходимость обеспечения согласования интересов работников, работодателей, органов государственной власти и местного самоуправления путем достижения консенсуса, выработки и осуществления единой, согласованной позиции. Реализация этой задачи возможна в рамках социального партнерства.

Действующее законодательство Российской Федерации содержит достаточное количество социальных гарантий для работающих лиц, предусмотренных как Трудовым Кодексом РФ, так и иными законами, распространяющими свое действие на отдельные отрасли или регионы.

 В то же время законодательно установлен лишь минимум прав и социальных гарантий для работников, расширение которых возможно только посредством взаимодействия всех сторон социально-трудовых отношений через заключение коллективных договоров в организациях и соглашений на уровне региона, города или района, отраслей экономики.

В соответствии с Республиканским соглашением между Федерацией профсоюзов Республики Башкортостан, объединениями работодателей РБ и Правительством РБ работодатели и первичные профсоюзные организации обеспечивают предварительное согласование с вышестоящим профсоюзным органом проектов коллективного договора и изменения к нему, а вышестоящий профсоюзный орган проводит экспертизу проектов документов на предмет соответствия действующему законодательству и соглашениям. Не является исключением и наша отрасль: все коллективные договоры проходят предварительную экспертизу в республиканском комитете профсоюза.

В последнее время заметно участились случаи внесения в коллективный договор изменений и дополнений, касающихся вопросов оплаты труда и предоставления работникам гарантий и компенсаций. Представители администрации учреждений здравоохранения объясняют это как вынужденную меру в связи с непростой экономической ситуацией.

Как показывает проведенный правовой инспекцией труда рескома профсоюза анализ, при внесении таких изменений и дополнений в ряде случаев нарушаются права и законные интересы работников.

Так, имеют место факты заключения сторонами дополнительных соглашений к коллективному договору без фактического проведения собрания трудового коллектива, персонального уведомления работников о предстоящих существенных изменениях условий трудового договора, в дополнительные соглашения включаются положения, ухудшающие права работников по сравнению с действующими нормами. Кроме того, имеют место факты, когда срок введения в действие соглашения обозначается в прошедшем времени. Таким образом, работники оказываются ущемленными в своих правах, что является недопустимым. Также выявлено, что разъяснительная работа о причинах сложившейся экономической ситуации в медицинских организациях с работниками не проводится или проводится недостаточно, что порождает много вопросов и приводит к возникновению конфликтных ситуаций, ухудшению морально-психологического климата в коллективах.

Безусловно, одной из основных причин, вызывающих настороженность и недовольство у работников, является замедленный темп роста средней заработной платы, несмотря на увеличение гарантированной (базовой) части оплаты; корректировка «дорожной карты», которая проводится не в пользу работников; отмена индексации заработной платы в связи с инфляцией и т.д.

По данным, представленным в реском профсоюза организациями здравоохранения, фонд начисленной заработной платы по медицинским работникам в среднем распределился в следующей пропорции:

 - базовая часть фонда оплаты труда (оклад) составляет 42%,

 - выплаты компенсационного характера – 22%,

 - стимулирующая часть фонда оплаты труда – 36%.

 В 2015 году Профсоюзом и Минздравом России согласованы действия по совершенствованию порядка установления окладов, которые нашли отражение в Рекомендациях Минздрава России субъектам Российской Федерации, а также в Единых рекомендациях Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально – трудовых отношений путем перераспределения средств в структуре заработной платы на увеличение окладной части заработка до 55 – 60%%.

 К сожалению, эти рекомендации не коснулись прочего персонала медицинских организаций. У специалистов с высшим и средним специальным образованием – биологов, психологов, педагогов, специалистов по социальной работе и др. – оклады ниже, чем у медицинского регистратора. Размер оклада должен соответствовать квалификации работника, качеству и условиям выполняемой работы.

 Соответствующие обращения по поводу повышения окладов прочего персонала направлены нами в адрес Главы Республики Башкортостан Р.З.Хамитова, заместителя Премьер–министра Правительства РБ С.Т.Сагитова.

 На сегодняшний день определенные подвижки по внесению изменений в Положение об оплате труда по согласованию с Профсоюзами выполнены Министерством здравоохранения РБ, в частности по вопросу повышения окладов биологам, медицинским психологам, инструкторам – методистам по лечебной физкультуре, работникам, осуществляющим предоставление социальных услуг.

 Но до сих пор Правительством РБ не принято решение по этому вопросу. Минздравом РБ рекомендуется устанавливать персональный повышающий коэффициент к должностному окладу прочему персоналу в размере до 3-х окладов.

Мониторинг уровня средней заработной платы за 9 месяцев 2016 года в 124-х организациях здравоохранения показал следующее:

1. Врачи и работники, имеющие высшее фармацевтическое или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги:

\* В 50% из числа организаций, представивших данные, показатель средней заработной платы ниже уровня, установленного в «дорожной карте» по Республике Башкортостан.

Отмечается заметное снижение среднемесячной заработной платы по сравнению с 9-ю месяцами 2015 года в Иглинской ЦРБ, Республиканском противотуберкулезном диспансере, Инфекционной клинической больнице № 4, Станции скорой медпомощи г.Стерлитамак, в Республиканской стоматологической поликлинике, поликлиниках г.Сибай, № 2 г.Уфы, в санатории Акбузат и Павловском детском санатории, в санаторно-оздоровительном лагере Салют, санатории Ассы.

1. Показатели заработной платы по среднему медицинскому персоналу:

\* В 30% из числа организаций представивших данные, показатель средней заработной платы ниже уровня, установленного в «дорожной карте» по Республике Башкортостан.

Отмечается снижение среднемесячной заработной платы по сравнению с 9-ю месяцами 2015 года в Республиканском противотуберкулезном диспансере, в Уфимских городских поликлиниках №№ 2, 48, Сибайской стоматологической поликлинике, в санаторно-оздоровительном лагере Салют и санатории Ассы.

1. Младший медицинский персонал:

 Величина средней заработной платы варьирует от десяти до 20 тысяч рублей.

*\** В 80% организаций показатель средней заработной платы ниже уровня, установленного в «дорожной карте» по Республике Башкортостан.

Отмечается снижение среднемесячной заработной платы по сравнению с 9-ю месяцами 2015 года в 23 – х организациях.

1. Прочий персонал:

Отмечается снижение среднемесячной заработной платы по сравнению с 9-ю месяцами 2015 года в 33–х организациях (26%).

 Кроме того, произошло снижение заработной платы и у сотрудников 2–х медицинских колледжей: Салаватского и Стерлитамакского.

 В соответствии с постановлением Правительства РФ от 14 сентября 2015г. № 973 рекомендовано: органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации – обеспечить в 2016 году уровень номинальной заработной платы в среднем по отдельным категориям работников бюджетной сферы в размерах не ниже уровня, достигнутого в 2015 году.

 Следовательно, при условии сохранения объема должностных обязанностей заработная плата работника не должна уменьшаться.

 В соответствии с действующем Положением об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Республики Башкортостан, утвержденного постановлением Правительства РБ от 13 августа 2015 года № 311 (далее – Положение) предусмотрено повышение оплаты труда медицинским работникам, участвующим в оказании психиатрической помощи (25%, 40%), осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, и лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека (60%), а также непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи (50%).

 Иным работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, по результатам специальной оценки условий труда на рабочих местах производится повышение оплаты труда в размере не менее 4% оклада (ст.147 ТК РФ).

 Конкретные размеры повышенной оплаты труда работникам и перечень должностей работников утверждается руководителем учреждения по согласованию с выборным органом первичной профсоюзной организации и фиксируются в коллективном договоре.

 По данным организаций диапазон установления надбавок разный – от 4 до 17%%.

 19 организаций ограничились установлением минимального размера повышения оплаты труда – 4%, 3 организации – 5%, тем самым уравнивая размер компенсации за вредные условия труда.

 При установлении размера надбавок необходимо учитывать разную степень вредности условий труда в зависимости от должностных обязанностей работников.

 В соответствии с постановлением Правительства РФ минимальный размер повышения оплаты труда за работу в ночное время составляет 20 процентов часовой тарифной ставки за каждый час работы в ночное время.

 В 27-и организациях работником установлен только минимальный размер доплаты 20%. По остальным организациям диапазон установления размера доплат разный: 25%, 30%, 50%, 70%, 90%, 100%.

 При рассмотрении вопроса о доплатах за работу в ночное время необходимо реально оценить необходимость и возможность установления более высоких размеров выплат конкретным категориям работников, в первую очередь, занятым оказанием скорой, неотложной, экстренной медицинской помощи.

 Надбавку к должностному окладу за квалификационную категорию рекомендуется устанавливать в следующих размерах: за вторую квалификационную категорию 10% к окладу, за первую категорию 20%, за высшую 30%.

 В ряде учреждений установлены размеры надбавок за квалификационную категорию ниже рекомендуемых размеров, что не в достаточной мере стимулирует специалистов к прохождению аттестации для получения квалификационной категории и не способствует повышению качества оказания медицинской помощи.

 Надбавку за выслугу лет в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую (фармацевтическую) деятельность, рекомендуется устанавливать работникам учреждений здравоохранения в следующих размерах: от 3 до 5 лет – 10 %, свыше 5 лет – 15%.

 В 15% организаций надбавка за выслугу лет установлена ниже рекомендуемых величин, в 10% организациях надбавки за выслугу лет вообще не установлены.

 Проблемы с реализацией ежемесячных денежных выплат в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» также имеются: в ряде лечебных учреждений они выплачиваются в пониженных размерах, а в некоторых они просто не выплачиваются.

Уважаемые коллеги!

«Дорожные карты» стали «камнем преткновения» для организаций в части повышения заработной платы работников за дополнительный объем работы. Дефицит кадров в здравоохранении приводит к высокому уровню совмещения должностей, увеличению объема выполняемой работы, расширению зон обслуживания. В целях не превышения уровня средней заработной платы, указанного в «дорожной карте», доплаты за эти виды работ зачастую не производятся или устанавливаются выплаты по итогам отчетного периода как стимулирующие выплаты с оглядкой на показатели «дорожной карты».

 За 9 месяцев 2016 года фактический рост средней заработной платы по врачам и работникам, имеющим высшее фармацевтическое или иное высшее образование, предоставляющим медицинские услуги, составил 6% по сравнению с аналогичным периодом 2015г., по среднему медицинскому персоналу - 11%, по младшему медицинскому персоналу - 5%.

 Рост уровня средней заработной платы обусловлен не столько увеличением реальной оплаты их труда, сколько ростом нагрузки на одного работника, связанной как с кадровым дефицитом, так и с проводимыми оптимизационными мероприятиями штатной численности.

 При среднем коэффициенте совместительства врачами 1,5 средняя зарплата на штатную должность составит 28 тыс. рублей, а не 42 тысячи рублей, как это отражается в показателях, соответственно, по среднему медперсоналу – 19 тыс. рублей вместо 23 тысяч рублей, по младшему персоналу – 12 тысяч рублей вместо 14,5 тыс. рублей.

 Считаем, что при проведении мониторинга заработной платы необходимо внести изменения в официальную методику составления отчетности с выделением в ее структуре среднемесячной заработной платы по штатной должности работника.

В 2013-2014 годах наблюдалась тенденция к увеличению темпов роста зарплат медицинского персонала, с 2015 года рост заработной платы резко замедлился. Объясняется это тем, что показатели динамики заработной платы используются с учетом применения показателя «среднемесячный доход от трудовой деятельности по субъекту РФ» на основании постановления Правительства РФ от 14 сентября 2015 г. № 973, взамен ранее применяемого показателя «среднемесячная заработная плата», что влечет за собой снижение статистического уровня средней заработной платы и очередные корректировки показателей «дорожных карт» в части оплаты труда.

 Подобный «арифметический» подход формально позволяет достичь утвержденные «дорожными картами» показатели и, соответственно, не нацеливает на принятие конкретных мер по повышению заработной платы.

 Размер заработной платы работников должен зависеть от уровня квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда, и объективно среднемесячная заработная плата работников может быть выше целевого значения, установленного в «дорожных картах» организаций.

 Тем не менее очередные изменения в «дорожные карты» организаций здравоохранения в части оплаты труда внесены на 1 октября 2016 года по сравнению с 1 января 2016 года. В ряде организаций эти показатели скорректированы в сторону увеличения средней заработной платы (10 учреждений), корректировка в сторону ее уменьшения произошла в 11 учреждениях. Таким образом, в перспективе среднемесячная заработная плата работников выше целевых значений «дорожной карты» увеличиться не может.

 Озабоченность вызывает также и ситуация с реализацией «дорожных карт» по младшему медицинскому персоналу.

В ноябре 2016 года в «дорожную карту» по Республике Башкортостан внесены очередные коррективы по плановому уровню средней заработной платы, в том числе по младшему медицинскому персоналу данный показатель снижен на 1586 руб. и составляет 16222 рублей вместо ранее установленного 17808 рублей.

Для успешной реализации положений государственной Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в организациях здравоохранения сократили и продолжают сокращать должности санитарок: увольнять или вместо должностей санитарок вводить должности уборщиков производственных и служебных помещений. Идет процесс перевода младшего медицинского персонала в разряд прочего персонала, на который не распространяется майский Указ Президента РФ о повышении заработной платы.

 Кроме того, началась процедура отнесения должности сестры – хозяйки медицинских организаций к профессии рабочих или перевод сестер – хозяек на должности кастелянш.

Из 124 представивших информацию учреждений здравоохранения в 4–х уже полностью ликвидированы должности младшего медицинского персонала. *Нет должности - нет и проблем с повышением заработной платы, предоставлением дополнительных отпусков и т.д.!*

 Следует отметить, что на сегодняшний день в Номенклатуре должностей медицинских и фармацевтических работников, утвержденной приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 года № 1183н,должность сестры-хозяйки присутствует.

Безусловно, все вышеобозначенные оптимизационные мероприятия имеют вполне определенную цель – сэкономить денежные средства в организациях здравоохранения. Однако мы считаем недопустимым перекладывать все финансовые трудности учреждения на плечи работников. Необходимо всесторонне анализировать предполагаемые оптимизационные мероприятия, коллегиально продумывать и минимизировать последствия для работников.

Большую актуальность в последнее время приобрели вопросы взыскания работодателем с работников в порядке регресса штрафных санкций, накладываемых страховыми медицинскими организациями на учреждения здравоохранения.

7 ноября 2016 года Министерством здравоохранения Республики Башкортостан по сети учреждений здравоохранения направлено письмо №03-06/8, также посвященное данному вопросу.

Следует отметить, что текст указанного письма согласован с профсоюзной стороной, которой был внесен ряд дополнений и изменений к проекту письма. В большинстве своем эти предложения учтены министерством.

Обе стороны пришли к единому мнению, что в целях объективного разрешения вопросов возмещения ущерба работниками, необходимо создание в учреждениях здравоохранения соответствующих постоянно действующих комиссий. В состав комиссий, помимо представителей администраций учреждений здравоохранения, должны входить представители первичных профсоюзных организаций.

В своей работе комиссии должны руководствоваться требованиями главы 39 Трудового кодекса РФ (статей 238-250).

В частности, работнику, причинившему, по мнению работодателя, ущерб, должна быть предоставлена возможность довести свои аргументы и доводы по рассматриваемой ситуации до комиссии, которые должны быть ею тщательно исследованы, в том числе и факторы, без обеспечения которыми медицинские работники не имеют реальную физическую возможность для надлежащего выполнения всего объема возложенных на них трудовых обязанностей.

Между тем, по смыслу трудового законодательства, именно на работодателя возложена обязанность по созданию работнику надлежащих условий для выполнения трудовых обязанностей.

Таким образом, работодатель вправе привлекать работника к материальной ответственности за несоблюдение объема или качества оказанной медицинской помощи, но только при создании и обеспечении надлежащих условий для выполнения работником трудовых обязанностей.

При необеспечении работодателем указанных условий материальная ответственность работника (равно, как дисциплинарная ответственность или депремирование) должны исключаться – ответственность за необеспечение соответствующих условий должен нести работодатель (учреждение), а не работник.

При наличии вины, как со стороны работодателя, так и со стороны работника, материальная ответственность работника должна быть снижена на соответствующую долю ответственности. При допущении дефектов в оказании медицинских услуг несколькими работниками, необходимо определять долю ответственности каждого.

Одновременно рекомендуем учреждениям здравоохранения активнее отстаивать свои интересы в ходе осуществления проверок страховыми медицинскими организациями, а также использовать право оспаривания их решений о применении штрафных санкций в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (статьи 20, 42 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»). Как показывает практика, при оспаривании решений страховых медицинских компаний в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, значительную часть средств удается сохранить в бюджете (вернуть в бюджет) учреждения здравоохранения.

Считаем, что вопросы возмещения работодателем с медицинских работников ущерба от штрафных санкций требуют взвешенного подхода.

В условиях кадровой неукомплектованности, сверхнагрузок работников и иных существующих в отрасли здравоохранения проблем, недопустимо перекладывать всю ответственность за качество оказания медицинской помощи на медицинских работников.

Уважаемые участники пленума!

Реализация законодательства в сфере охраны труда в медицинских организациях, уровень социальной защищенности, обеспечение в полном объеме соответствующими гарантиями и компенсациями, а также предоставление работникам права на льготную пенсию во вредных условиях труда, подтвержденные результатами объективной специальной оценкой условий труда на рабочих местах, должны являться предметом совместных согласованных действий администрации и выборного профсоюзного органа организации здравоохранения.

Несмотря на то, что в 2015 году были внесены изменения в законодательство о специальной оценке условий труда, учитывающие специфику деятельности лечебно-профилактических учреждений, остается ряд нерешенных вопросов, негативно влияющих на объективную оценку условий труда работников на местах.

Правильное понимание целей, методов исследования факторов трудового процесса играют значительную роль в достижении поставленных задач, а в конечном итоге и в реальном улучшении условий труда в организации.

Как показывает практика, уже на начальной стадии организации работ по специальной оценке условий труда, при создании соответствующей комиссии, работодателями не уделяется должного внимания подготовке и обучению членов комиссии по проведению СОУТ, в состав комиссии включаются специалисты, которые не подготовлены к реализации мероприятий по спецоценке.

Решением Межведомственной комиссии по охране труда Республики Башкортостан рекомендовано работодателям, проводящим специальную оценку условий труда, организовать обучение членов комиссий по проведению спецоценки и обеспечить тесное взаимодействие с привлекаемыми для этой работы сервисными организациями на всех этапах выполнения исследований в целях обеспечения объективности результатов оценки условий труда.

Кроме этого, комиссии по проведению СОУТ необходимо активно вести разъяснительную работу среди работников учреждения. Объяснять цели, задачи и последствия данного мероприятия, а также учитывать предложения работников. Порядок участия работника в оценке факторов трудового процесса, присутствующих на его рабочем месте, определен в статье 5 Федерального закона «О специальной оценке условий труда». Также для систематизированного подхода к участию работников в процедуре оценки условий труда на их рабочих местах, технической инспекцией труда Профсоюза были разработаны «Рекомендации по учету биологического фактора при проведении специальной оценки условий труда на рабочих местах в лечебно-профилактических учреждениях Республики Башкортостан». В данных рекомендациях приведена форма анкеты (опросного листа) работника, в которой необходимо указать существующие факторы трудового процесса с целью дальнейшей их оценки экспертом организации, проводящей специальную оценку условий труда.

Оценка биологического фактора на рабочих местах медицинских работников до сих пор остается камнем преткновения в ЛПУ республики, несмотря на внесенные изменения и дополнения в подзаконные акты, регулирующие порядок проведения специальной оценки условий труда. Многие работодатели, члены комиссии по СОУТ считают, что приглашенная лаборатория может оценить биологический фактор и без участия представителей заказчика, и полностью отдают рассмотрение данного вопроса на откуп экспертов. Профсоюз неоднократно акцентировал внимание на вопросах объективной оценки биологического фактора, напоминаем и сейчас представителям администраций учреждений, что биологический фактор оценивается экспертами лабораторий по локальным документам, имеющимся в учреждении, в том числе путем анализа:

-технологической документации;

-должностных инструкций и иных документов, регламентирующих обязанности работника;

-результатов ранее проводившихся исследований на данном рабочем месте;

-рабочего места путем осмотра и ознакомления с работами, фактически выполняемыми работником в режиме штатной работы, а также путем опроса работника и (или) его непосредственного руководителя.

Исходя из вышеприведенных подходов следует, что эксперт лаборатории не сможет достаточно корректно оценить биологический фактор без всеобъемлющей и объективной работы локальной комиссии учреждения, которая в свою очередь должна провести большую предварительную работу.

Об объективной оценке факторов трудового процесса можно говорить только в том случае, если администрация учреждения заинтересована в **объективном** исследовании.

Анализ результатов специальной оценки условий труда показывает, что есть ряд учреждений, которые преднамеренно запустили досрочную процедуру специальной оценки условий труда, не дожидаясь окончания срока действия результатов аттестации рабочих мест по условиям труда. Несмотря на то, что данная процедура напрямую Законом не запрещена, мы понимаем, какая цель преследуется данными работодателями. Играя на разницах в методиках исследования, между специальной оценкой условий труда и аттестацией рабочих мест по условиям труда, учреждение получает разные результаты, как правило с наиболее благоприятными итоговыми классами условий труда по результатам СОУТ. Таким образом, несмотря на то, что фактического улучшения условий труда нет, на бумаге условия труда работников в учреждении оказываются улучшенными. Последствиями данных манипуляций становятся реальные снижения гарантий и компенсаций работникам, занятым во вредных и (или) опасных условиях труда.

*По нашему мнению, администрации учреждений используют это в целях достижения требуемых экономических показателей в организации!*

Акцентируем внимание работодателей, что Федеральным законом «О специальной оценке условий труда» определены обязанности работодателя, связанные с недопущением каких бы то ни было преднамеренных действий, направленных на сужение круга вопросов, подлежащих выяснению при проведении специальной оценки условий труда и влияющих на результат ее проведения. В случае установления факта сужения круга исследуемых факторов, Профсоюз вынужден будет обратиться в надзорно-контрольные органы с целью привлечения к ответственности всех ответственных лиц.

При недостаточном контроле за процедурой проведения СОУТ как со стороны администрации, так и профсоюза ЛПУ, учреждения здравоохранения получают низкокачественные материалы по специальной оценке условий труда.

Так, проведенный анализ показал, что за период с января 2014 года по 01 ноября 2016 года мероприятия по специальной оценке условий труда начали реализовывать 39% от общего числа учреждений.

По состоянию на 01 ноября 2016 года из общего числа оцененных рабочих мест с вредными условиями труда признаны 46%. Ранее, по итогам аттестации рабочих мест, данный показатель составлял 59%.

В результате снижения итоговых классов условий труда почти у 13 тысяч работников снижены гарантии и компенсации за работу во вредных и (или) опасных условиях труда: это право на дополнительный отпуск; на компенсационную выплату; право на назначение досрочной пенсия по списку I и II.

В то же время, в связи с изменением трудового законодательства, у ряда сотрудников лечебно-профилактических учреждений объем компенсаций увеличился по сравнению с тем, который был ранее.

Также обращаем внимание работодателей, председателей профсоюзных организаций, администраций учреждений на то, что «гарантии и компенсации за работу во вредных условиях труда, установленные работнику до 01 января 2014 года, не могут быть снижены до улучшения условий труда, подтвержденных результатами специальной оценки условий труда» (пункт 3 статьи 15 федерального закона №421-ФЗ от 28.12.2013г.). Данная норма введена с целью недопущения социальной напряженности в коллективах и обязательна для исполнения в отношении всех работников, принятых до 2014 года.

Анализ обращений граждан в Профсоюз по данному вопросу позволяет сделать вывод, что специалисты служб учреждений здравоохранения либо преднамеренно игнорируют данную норму, либо не знают о ней, в результате чего снижают законные гарантии и компенсации работникам.

Уважаемые участники пленума!

Хотелось бы коснуться еще одного вопроса, также влияющего на сохранение за работниками их законных гарантий. Речь идет о реализации права работников на досрочную пенсию за осуществление лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения.

Несмотря на то, что в отрасли разработаны и приняты соответствующие нормативно-правовые акты: номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала, номенклатуры учреждений здравоохранений, перечни хирургических подразделений стационаров, одной из частой причин отказов в установлении досрочных пенсий по старости являются неверные наименования учреждений, их структурных подразделений и наименования должностей. По-прежнему в трудовых книжках работников имеются наименования должностей, не соответствующие требованиям номенклатур: «массажистка», «медицинская сестра автоклава», «диспетчер отделения скорой медицинской помощи», «анестезистка», «заведующий ФАП» и т.д.

Штатными расписаниями многих ЦРБ должности работников службы анестезиологии-реанимации, реанимации и интенсивной терапии отнесены в состав хирургических отделений. Между тем, действующее в настоящее время законодательство, регулирующее вопросы назначения досрочной пенсии медицинским работникам, предусматривает включение в медицинский стаж, необходимый для досрочного назначения трудовой пенсии, в льготном исчислении (1 год работы как 1 год и 6 месяцев) периоды работы в должностях: врачей-анестезиологов-реаниматологов, медицинских сестер палатных, медицинских сестер-анестезистов отделений (групп, палат) анестезиологии-реанимации, а также реанимации и интенсивной терапии больниц. Т.е. оформление данных работников в штаты хирургического отделения учреждения лишает работников права на льготное исчисления 1 год как 1 год 6 месяцев.

В отрасли здравоохранения продолжаются процессы по оптимизации структуры системы здравоохранения, происходит укрупнение, реорганизация учреждений в форме присоединения одних учреждений к другим.

В ряде случаев меняется и наименования учреждения, как это произошло при присоединении Центра медицины катастроф к Уфимской станции скорой медицинской помощи. В соответствии с Распоряжением Правительства РБ новое наименование учреждения Республиканская станция скорой медицинской помощи и медицины катастроф**.**

Графой «Наименование учреждений» Списка должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществляющим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения» предусмотрены следующие наименования учреждений «станция скорой медицинской помощи», «центр медицины катастроф», т.е. наименование учреждения “Станция скорой медицинской помощи и медицины катастроф” Списком не поименовано*.*

В настоящее время Профсоюзом, администрацией учреждения, Минздравом РБ ведется совместная работа по приведению наименования учреждения в соотвествие. А пока работники совместно с правовой инспекцией Профсоюза вынуждены отстаивать свое право на досрочное пенсионное обеспечение в судебном порядке.

И в заключение еще хотелось бы остановиться на проблемах, возникающих при реорганизации учреждений, проходящих в форме присоединения одних к другим.

Эти процессы обусловлены сокращением неэффективных расходов в целях последующего использования высвободившихся средств в т.ч. на повышение уровня оплаты труда работников системы здравоохранения.

Против последнего трудно возражать. Однако, при присоединении, как правило, осуществляются мероприятия по сокращению численности и штата работников.

В данных ситуациях задачами профсоюза совместно с работодателями видится недопущение необоснованного сокращения работников, содействие работникам в обеспечении трудовой занятости, а при невозможности обеспечения другой работой – соблюдение гарантий, предусмотренных трудовым законодательством для случаев сокращения численности и штата работников.

Для максимально возможного снижения негативных последствий при проведении реорганизации учреждений здравоохранения необходимо создавать комиссии по вопросам содействия занятости высвобождаемым работникам, в состав которых включать представителей администрации учреждений и профсоюзных органов.

Полагаем, что при организации совместной работы указанных комиссий на должном уровне будет обеспечено максимально возможное содействие занятости высвобождаемым работникам, а также минимизирована социальная напряженность в трудовых коллективах.

Таким образом, на сегодняшний день имеется целый ряд проблем с сохранением и реализацией законных прав и гарантий работникам отрасли здравоохранения, решение которых во многом зависит от согласованного взаимодействия социальных партнеров – работодателей и их представителей, а также представителей работников – выборных профсоюзных органов.