Содержание

Введение 3

Глава I. Охрана труда 8

§1. Значение охраны труда 8

§2. Правовые аспекты охраны труда 12

§3. Охрана труда в учреждениях здравоохранения 14

Глава II. Экономические гарантии 19

§ 1. Оплата труда по ЕТС 20

§ 2. Дополнительная заработная плата. 29

3. Вознаграждения, премирование, поощрения. 36

Глава III. Социальные гарантии 41

§ 1 Социальная защита и ее основные направления в сфере труда 43

§ 2 Социальные гарантии для медицинских работников 45

1. Гарантии при заключении коллективного договора 46

2. Гарантии при заключении трудового договора 47

3. Гарантии при приеме на работу 51

4. Рабочее время и время отдыха 53

Заключение 60

Литература 62

# Введение

Труд —это «всякое умственное и физическое усилие, предпринимаемое частично или целиком с целью достижения какого-либо результата, не считая удовлетворения, получаемого непосредственно от самой проделанной работы» (А. Маршалл).

А. Маршалл подчеркивает, что «большинство людей работают гораздо больше, чем если бы они трудились лишь из-за непосредственного удовлетворения, получаемого от труда».

Подчеркивание тягостной принудительной стороны труда связано прежде всего с тем, что на протяжении тысячелетий материальные блага были результатом усилий низших слоев общества (рабов, крепостных, пролетариата), трудившихся по 12-15 часов в сутки за мизерное вознаграждение. Наукой и искусством до 18 века могли заниматься преимущественно аристократы, священнослужители, дети купцов и т.п.

С середины 19 в. классовое разделение труда начинает изменяться вследствие первой промышленной революции, а также социальных революций и реформ во многих странах мира. В результате роста производительности и социальных преобразований повышается благосостояние наемных работников, уменьшается длительность рабочего дня, расширяются возможности для получения образования и смены видов деятельности. Существенно возрастает роль науки, искусства и технического прогресса в жизни общества. Эти процессы за последние 150-200 лет принципиально изменили структуру ВВП развитых стран в вещественном, отраслевом и профессиональном аспектах.

Изменилась и структура населения. Если в прошлом веке более 2/3 населения составляли рабочие и крестьяне, то в настоящее время их доля не превышает 1/3. Преобладающая часть населения развитых стран — это инженеры, ученые, врачи, учителя, деятели культуры, предприниматели и т.д. Именно те, кто занят преимущественно творчеством, созданием нового, вносят наибольший вклад в увеличение национального богатства развитых стран. Результаты творческой деятельности зависят от способности к данному виду творчества, а также от ряда психологических и социальных факторов: увлеченности работой, ее важности, условий и охраны труда, социальных и экономических гарантий и т.д. [9]

Одним из непременных и главнейших условий повышения эффективности и качества труда в любой сфере является осознанное, основанное на личном интересе активное участие в ней (деятельности) каждого работника независимо от его профессионального статуса. Для повышения эффективности и качества производственной деятельности работники организаций должны быть социально и экономически защищены как на государственном уровне, так и на уровне организаций. На государственном уровне главным остается защита от снижения жизненного уровня трудящихся и от безработицы, а в конкретной организации — это забота об условиях и содержании труда, организации и системе оплаты труда работников. Организация заинтересована в максимальном проявлении трудового потенциала работников, это одно из основных условий ее эффективного функционирования, и в идеале должна всячески способствовать выполнению этого условия. Однако в реальности существует слишком много обстоятельств, препятствующих полноценной реализации полезных качеств работников, а значит и повышению эффективности и качества труда.

Идущие в России глубокие социально-экономические преобразования, направленные на утверждение рыночной экономики, делают проблему обеспечения эффективной социальной и экономической защиты (гарантий) граждан вообще и работников организаций в частности, чрезвычайно актуальной. Мы не будем говорить о социальной защите и социальных гарантиях для всего населения в современной России, т.к. это не является предметом нашего исследования. Рассмотрим лишь социально-экономические гарантии для медицинских работников и охрану труда в учреждениях здравоохранения.

Здравоохранение, являясь составной частью нематериальной сферы, оказывает прямое влияние на те процессы, которые происходят в воспроизводственной сфере. Государство должно быть заинтересовано в осуществлении социально-экономической защите и охране труда медицинских работников. В конечном итоге от того как удовлетворены потребности работников здравоохранения зависит эффективность их трудовой деятельности, от которой зависит здоровье всего населения, что в итоге влияет на социально-экономическое развитие страны в целом.

Система здравоохранения сегодня — это более трех миллионов работающих, тысячи лечебно-профилактических, аптечных, санитарно-эпидемиологических учреждений, десятки научно-исследовательских институтов, центров, высших и средних учебных заведений, в которых эксплуатируется различное оборудование, коммуникации, электроустановки, котельные, лифты, водопроводно-канализационное хозяйство, технологическое оборудование пищеблоков и прачечных, автотранспорт, сосуды, работающие под давлением, разнообразная медицинская техника; применяются ядовитые вещества и агрессивные жидкости.

Во вредных и неблагоприятных условиях труда (инфекционные, психиатрические, онкологические учреждения и отделения; радиологическая, рентгеновская, физиотерапевтическая, патологоанатомическая лабораторная службы; операционные, стерилизационные, отделения гиперболистической оксигинации и др.) заняты сотни тысяч работников здравоохранения.

Ежегодно в учреждениях отрасли происходят несчастные случаи, связанные с производством, при которых получают травмы различной степени тяжести более 6 тыс. человек и около 60 человек погибают.

В последние годы в отрасли отмечается рост профессиональной заболеваемости, она выросла со 138 случаев в 1992 г. До 263 в 1996 г. В основном это заболевания туберкулезом, сывороточным гепатитом, бронхиальной астмой.

Среди основных причин производственного травматизма и профессиональной заболеваемости необученность руководителей и персонала по вопросам безопасности, неблагоприятные условия труда, связанные с неудовлетворительным состоянием материально-технической базы, и слабый контроль со стороны администрации за соблюдением персоналом охраны труда и производственной санитарии. Отрицательно влияет на состояние производственного травматизма и профессиональной заболеваемости отсутствие современной базы отраслевых нормативно-отраслевых документов по охране труда [15].

В настоящее время положение усугубляется низким уровнем финансирования здравоохранения, что не позволяет осуществлять мероприятия по охране труда, проводить экспертизу условий труда, обеспечивать предусмотренные законодательством льготы и компенсации. Низкий уровень финансирования здравоохранения также отрицательно сказывается на ее экономическую сторону.

Сложность проблемы социально-экономической защиты и охраны труда в России определяется:

1. Тяжелой экономической ситуацией в стране в условиях стагнации (инфляция, сопровождающаяся застоем или падением производства) экономики государственный бюджет не выдерживает социальных нагрузок;
2. Глубокой дифференциацией денежных доходов населения, поляризация общества;
3. Медленной и трудной адаптацией населения к новым экономическим условиям;
4. Сохранением старых организационно-экономических отношений, методов и форм управления социально-экономического процесса.

Таким образом, в условиях спада производства возможности осуществления крупномасштабного комплекса социально-экономических гарантий вообще и работников здравоохранения, в частности, крайне ограничены.

Цель данной работы показать, насколько проблема обеспечения эффективной социально-экономической защиты (гарантий) медицинских работников и охраны труда в учреждениях здравоохранения чрезвычайно актуальна в настоящее время. Достичь названной цели предполагается через решение следующих задач:

1. Рассмотреть правовые аспекты охраны труда и охраны труда в области здравоохранения.
2. Показать экономические проблемы в здравоозранении.
3. Рассмотреть экономические гарантии для медицинских работников.
4. Проанализировать основные направления социальной защиты в сфере труда.
5. Обсудить социальные гарантии для медицинских работников

Структура работы включает в себя правовую, социальную и экономические части.

В настоящей работе использовались нормативные документы, статьи, справочник, литература по социологии и экономики труда, по трудовому праву.

# Глава I. Охрана труда

## §1. Значение охраны труда

В настоящее время в регионах активно формируется система государственного управления охраной труда. На предприятиях, в учреждениях, организациях предпринимаются меры к созданию здоровых и безопасных условий труда. Обеспечение здоровых и безопасных условий труда возлагаются на администрацию предприятий, учреждений, организаций. Администрация обязана внедрять современные средства техники безопасности, предупреждающие производственный травматизм и обеспечивать санитарно-гигиенические условия, предотвращающие возникновение профессиональных заболеваний работников.

Трудовые коллективы планируют комплексную работу по улучшению условий, охраны труда и санитарно-оздоровительных мероприятий и контролируют выполнение этих планов.

В широком значении охрана труда — это система обеспечения безопасности жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая правовые, социально-экономические, санитарно-гигиенические, реабилитационные и иные мероприятия. Это широкое значение охраны труда как обеспечение безопасных и здоровых условий труда всеми средствами, т.е. правовыми, экономическими, медицинскими, организационно-техническими и другими закреплено в ст.1 Закона РФ от 6 августа 1993 г. «Основы законодательства РФ об охране труда».

Охрана труда нужна везде, где трудится человек, включая учебный, военный труд в исправительных учреждениях. Лишь охрана труда как система обеспечения безопасности жизни, способна обеспечить здоровые и безопасные условия труда.

Охрана труда понимается и как один из основных принципов трудового права — принцип обеспечения охраны труда, а также и как субъективное право работника на охрану труда, т.е. его возможность иметь безопасные и здоровые условия труда, требовать их обеспечение администрацией, работодателем.

Всесторонняя охрана труда имеет большое социальное, экономическое и правовое значение. Социальное значение охраны труда в том, что она:

1. Охраняет жизнь и здоровье работника от возможных производственных вредностей.
2. Направлена на сохранение его работоспособности и трудового долголетия.
3. Способствует его культурно-техническому росту, т.к. лишь не чрезмерно усталый от работы работник способен вечерами учиться, повышать свою квалификацию, читать, развиваться, заниматься спортом, развивать личность. Охрана труда способствует гуманизации труда.

Экономическое значение охраны труда в том, что она:

1. Способствует росту производительности труда работников, а тем самым и росту производства, экономики.
2. Способствует экономии фонда социального страхования и сокращению потерь рабочего времени, т.к. при хорошей охране труда меньше производственный травматизм, профессиональные заболевания, а следовательно меньше больничных листов и возмещения ущерба за вред и меньше потерь рабочего времени из-за болезни работников.

Правовое значение охраны труда в том, что:

1. Она способствует работе по способностям с учетом тяжести условий труда, физиологических особенностей женского организма, его материнской функции и психофизиологических особенностей организма подростков и трудоспособности инвалидов.
2. Правовой статус гражданина включает основное его право на охрану труда и юридические статусные гарантии этого права не только в процессе его трудовой деятельности, но и для лиц, требующих особой заботы, уже при приеме их на работу. Так, нельзя принимать женщин, подростков на противопоказанные для них по медицинским основаниям работы.
3. Вопросы охраны труда являются объектом организационно-управленческих отношений трудового коллектива и профкома с администрацией, работодателем, а также социально-партнерских отношений на федеральном, отраслевом, республиканском и региональном уровнях.
4. Охрана труда является важнейшим элементом правоотношения работника с работодателем, по которому работодатель обязан обеспечить охрану труда на рабочем месте работника [1].

Каждый работник имеет право на охрану труда, в том числе:

1. На рабочее место, защищенное от воздействия вредных или опасных производственных факторов, которые могут вызвать производственную травму, профессиональное заболевание или снижение работоспособности;
2. На возмещение вреда, причиненного ему увечьем, профессиональным заболеванием или иным повреждением здоровья, связанным с исполнением им трудовых обязанностей.
3. На получение достоверной информации от работодателя или государственных и общественных органов о состоянии условий охраны труда на рабочем месте работника, о существующем риске повреждения здоровья, а также о принятых мерах по его защите от вредных или опасных производственных факторов;
4. На отказ без каких-либо необоснованных последствий для него от выполнения работ в случае возникновения непосредственной опасности для его жизни и здоровья до устранения этой опасности;
5. На обеспечение средствами коллективной и индивидуальной защиты в соответствии с требованием законодательных и иных нормативных актов об охране труда за счет средств работодателя;
6. На обучение безопасным методам и приемам труда за счет средств работодателя;
7. На профессиональную переподготовку за счет средств работодателя в случае приостановке деятельности или закрытия предприятия, цеха, участка, либо ликвидации рабочего места вследствие неудовлетворительных условий труда, а также в случае потери трудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием;
8. На проведение инспектирования органами государственного надзора и контроля или общественного контроля условий и охраны труда, в том числе по запросу работника на его рабочем месте;
9. На обращение с жалобой в соответствующие органы государственной власти, а также в профессиональные союзы и иные уполномоченные работниками представительные органы в связи с неудовлетворительными условиями и охраной труда;
10. На участие в проверке и рассмотрении вопросов, связанных с улучшением условий и охраны труда.

Государство в лице органов законодательной, исполнительной и судебной власти гарантирует право на охрану труда работникам, участвующим в трудовом процессе по трудовому договору (контракту) с работодателем.

Допуск к работе лиц, не прошедших в установленном порядке обучение, инструктаж и проверку знаний правил, норм и инструкций по охране труда запрещается. [2]

## §2. Правовые аспекты охраны труда

Охрана труда как система обеспечения безопасности жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности включает в себя целый комплекс мероприятий, имеющих твердое юридическое обеспечение. К числу таких мероприятий относятся социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и некоторые другие.

Право каждого гражданина на охрану здоровья и на здоровые, безопасные условия труда закреплено в ст.37, 42 Конституции РФ.

Законодательством России об охране труда, помимо соответствующих норм Конституции, состоит из принятых в августе 1993 г. Основ законодательства РФ об охране труда и издаваемых в соответствии с ними законодательных и других нормативных актов.

Пожалуй, ни одна сторона трудовой деятельности человека не регламентирована у нас так детально, как охрана труда. Перечислим только некоторые ведомственные нормативные акты, издаваемые в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 12 августа 1994 г. «О государственных нормативных требованиях по охране труда в РФ».

* Государственные стандарты системы стандартов безопасности труда;
* Отраслевые стандарты системы стандартов безопасности труда;
* Межотраслевые организационно-методические положения, указания, рекомендации;
* Правила по охране труда отраслевые;
* Правила по охране труда межотраслевые;
* Типовые отраслевые инструкции по охране труда;
* Отраслевые организационно-методические положения, указания, рекомендации;
* Санитарные правила и нормы;
* Правила безопасности и др.

На основании этих документов предприятия, учреждения и организации разрабатывают и утверждают стандарты предприятия, инструкции по охране труда и технике безопасности.

Обязанности по охране труда имеются у обеих сторон трудового договора. Обязанности работодателя по созданию здоровых и безопасных условий труда закрепляются в положении (уставах) о предприятии, в коллективных договорах, правилах внутреннего трудового распорядка. На работника возлагаются обязанности по соблюдению норм, правил и инструкций по охране труда, применению коллективных и индивидуальных средств защиты.

В отраслевых министерствах и ведомствах, объединениях предприятий создаются службы охраны труда. В случае необходимости такие службы могут создаваться на предприятиях или привлекаются специалисты по охране труда на договорной основе. Из представителей администрации предприятия и работников на паритетной основе создается совместный комитет или комиссия по охране труда, которые организуют сотрудничество в этой для каждого области.

Ответственность за состояние условий и охраны труда на предприятии возложены на работодателя.

Закон гарантирует работнику право на отказ без каких-либо последствий для него от выполнения работ в случае возникновения непосредственной опасности для его жизни и здоровья до устранения этой опасности (ст.4 Основ).

Должностные лица, виновные в нарушении законодательства о труде и правил по охране труда, в невыполнении обязательств по коллективным договорам и соглашениям по охране труда, несут ответственность (дисциплинарную, административную, уголовную) в порядке, установленном законодательством (ст.149 КЗоТ).

Перечисленные законы и нормативные акты призваны по сути своей предотвратить причинение вреда работнику при выполнении им трудовой функции.

## §3. Охрана труда в учреждениях здравоохранения

Состояние охраны труда, уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости работников системы здравоохранения РФ являются серьезной социально-экономической проблемой отрасли, непосредственно влияющей на оказание медицинской помощи населению страны.

На работающих в учреждениях здравоохранения влияют те же факторы, что и в любой другой отрасли промышленности — заболеваемость, условия и характер труда и т.д. Однако на медицинский персонал больше чем в других отраслях, влияют особенности профессиональной деятельности.

Труд медицинских работников сложно сравнивать с трудом других специалистов. Медики испытывают большую интеллектуальную нагрузку, несут ответственность за жизнь и здоровье других людей, ежедневно вступают контакт с большим разнообразием человеческих характеров, эта профессия требует срочного принятия решений, самодисциплины, умение сохранять высокую работоспособность в экстремальных условиях, высокой стрессо- и помехоустойчивости. Нередко лечебно-диагностические, реанимационные мероприятия, оперативные вмешательства проводятся в ночное время, что значительно утяжеляет труд медицинского персонала.

Научно-технический прогресс, приведший к повышению технической оснащенности лечебных учреждений, внедрению более совершенных технических процессов, оборудования, инструментария, применению новых лекарственных препаратов и освоению новых методов диагностики и лечения, ставит перед медициной труда новые проблемы, требующие скорейшего решения.

Некоторые группы медицинских работников в процессе профессиональной деятельности могут подвергаться воздействию многих факторов, опасных для здоровья. Среди физических факторов, которые могут существенно повлиять на состояние здоровья медицинского персонала, одно из первых мест занимает ионизирующее излучение. В нашей стране десятки тысяч медицинских работников профессионально связаны с воздействием этого фактора.

Ныне выпущены законодательные документы, в которых установлены дозы и уровни ионизирующих излучений, безопасные для здоровья работников. Однако взаимное проникновение медицинских наук привело к тому, что в последнее время в диагностических и лечебных манипуляциях под контролем рентгеновского излучения наряду с рентгенологами принимают участие хирурги, анестезиологи, травматологи, реаниматологи и средний медицинский персонал. Уровни облучения на рабочих местах этих специалистов, а также дозы рентгеновского излучения получаемые ими, в отдельных случаях превышают дозы, получаемые рентгенологами и лаборантами.

Большое распространение в медицине получили приборы и оборудование, генерирующие неионизирующие излучения и ультразвук. Они широко применяются в физиотерапевтической практике, хирургии и офтальмологии при использовании лазеров, в процессе ультразвуковой диагностики у пациентов хирургических, гинекологических и акушерских отделений.

Шум как профессионально значимый фактор довольно редко встречается в работе медицинского персонала. Исключение составляет персонал стоматологических учреждений.

Труд многих медицинских работников связан с напряжением зрения, поэтому соблюдение требований к освещению рабочих помещений и рабочих мест персонала является важным элементом рациональной организации труда. Соотношение общего и местного освещения играет большую роль в предупреждении утомления и исключения расстройств зрения, связанных с излишне ярким светом. Использование в качестве дополнительного освещения волоконной оптики приводит к возникновению проблем, связанных с нестабильностью работы оборудования и возможностью преобразования света в тепло непосредственно в освещаемых тканях.

Важное значение для состояния здоровья медицинских работников имеет координирование положения туловища, головы, рук, ног исполнителя относительно орудий и предметов труда, т.е. рабочая поза. Хотя для большинства работников здравоохранения основными рабочими позами являются позы стоя и сидя, отдельные элементы деятельности требуют вынужденных поз в виде наклонов и сгибания туловища. Так в вынужденной позе осуществляют лечебно-диагностический процесс стоматологи и оториноларингологи на поликлиническом приеме, оперирующие хирурги, акушеры-гинекологи, реаниматологи, врачи палат интенсивной терапии.

Контакт персонала с потенциально опасными химическими веществами, используемыми в учреждениях здравоохранения, может также представлять опасность для здоровья. Среди этих веществ наиболее важную роль играют ингаляционные анестетики, которые могут присутствовать в воздухе не только операционных, но и помещений для вводного наркоза, реанимационных палат, родовых залов и кабинетов хирургической стоматологии.

Наконец, к вредным факторам медицинской профессии можно отнести и возможность несчастных случаев при нападении психически больных, пациентов наркологических стационаров. Бывают несчастные случаи в результате падения в операционной и больничных палатах.

Совершенно очевидно, что контакт медицинского персонала с указанными профессиональными факторами отражается на здоровье и влияет на состояние основных физиологических функций организма.

Одной из особенностей профессиональной деятельности медицинских работников многих специальностей является контакт с инфицированными пациентами. Так, туберкулез как заболевание, характерное для медицинских работников противотуберкулезных учреждений, описан во многих странах.

Важной стороной охраны труда в здравоохранении остаются условия труда и быта женщин, составляющих около 80% работников отрасли. Труд женщин в ряде медицинских профессий может привести к нарушениям менструального цикла, течения и исходов беременности, изменению репродуктивной функции, нарушению здоровья потомства. [17]

Работники здравоохранения составляют специфическую профессиональную группу, нуждающуюся в постоянном влиянии. Его объектами должны быть внешняя среда, рабочее место и здоровье персонала.

Таким образом, в стране еще не создан экономический и правовой механизм, побуждающий работодателей принимать эффективные меры по обеспечению здоровых и безопасных условий труда. Более того, действующая система экономических и правовых отношений в области охраны труда не только противостоит негативным тенденциям, но и сама их воспроизводит, что является главным признаком кризиса, источником социальной напряженности. Это выражается прежде всего в действующей сегодня системе «льгот и компенсаций» за работу во вредных условиях труда, которая позволяет государству и работодателям экономить на охране труда, создавать мотивационные установки, побуждающие работников рисковать своей жизнью и здоровьем ради достижения элементарного жизненного уровня.

Важнейшими органическими пороками существующей системы социальной защиты работников от профессиональных рисков являются:

* отсутствие рыночных отношений (и механизмов) по поводу компенсации ущерба здоровью и утраты трудоспособности на производстве (основную долю экономической нагрузки за профессиональный риск продолжает нести общество);
* отсутствие научно-обоснованных медико-биологических методов и правовых норм по оценке уровней профессиональных рисков в различных производствах и отраслях экономики;
* деформация общественного сознания по поводу льгот и компенсаций за работу в неблагоприятных условиях труда, которым отдается предпочтение по сравнению с сохранением здоровья.

# Глава II. Экономические гарантии

Здравоохранение является неотъемлемой и исключительно важной составной частью структуры государственной экономической системы. Сегодня в связи с экономическими трудностями, переживаемыми Россией, здравоохранение испытывает острый недостаток средств для своего нормального существования, что неизбежно отрицательно сказывается на всем социально-экономическом развитии общества. Возникла необходимость поиска путей адаптации отрасли к новым социально-политическим и экономическим условиям. Кроме недостаточного финансирования, современное состояние здравоохранения в России характеризуется достаточно низкой эффективностью деятельности его учреждений, предприятий и неудовлетворительным, в большинстве случаев, качеством медицинской помощи. В связи с этим перед здравоохранением остро стоит задача проведения комплексной реформы, в основу которой должен быть положен переход на медицинское страхование в соответствии с принятым законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и прогрессивный отечественный и зарубежный опыт свободной рыночной конкуренции в борьбе за рынок медицинских услуг, который составляют уже имеющиеся и потенциально возможные пациенты [12]. Переход к оплате труда медицинских работников по полной стоимости рабочей силы более реален в условиях медицинского страхования, чем при бюджетном финансировании, но тем не менее возможен лишь при дополнительном притоке денежных средств в здравоохранение, как это было предусмотрено законом «О медицинском страховании граждан РФ», и признание медицинской услуги товаром.

Реформа предполагает обеспечение необходимого качества и доступности медицинской помощи, свободу выбора врача и медицинского учреждения для пациента, социально-правовую защищенность как пациента, так и врача, создание такого механизма работы системы здравоохранения, в котором основную роль будут играть экономические методы управления.

Одним из главных составляющих методов экономического управления медицинской деятельности является обеспечение адекватной и рациональной оплаты труда как одной из экономических гарантий медицинских работников.

## § 1. Оплата труда по ЕТС

«Оплата труда каждого работника зависит от личного трудового вклада и качества труда и максимальным размером не ограничивается.

Запрещается какое бы то ни было понижение размеров оплаты труда работника в зависимости от пола, возраста, расы, национальности, отношения к религии, принадлежности к общественным объединениям» (ст.77 КЗОТ РФ).

На протяжении многих десятков лет размеры заработной платы медицинских работников не соответствуют их вкладу в дело здоровья нации, воспроизводство рабочей силы, времени и средствам на подготовку специалистов и составляют 60-75% среднего уровня по народному хозяйству. В то же время в экономике развитых стран уровень материального благосостояния врачей превышает среднедушевую оплату во всех отраслях от 1,65 раз в Швеции, до 6,02 в Германии и 7,21 в США [1].творческий труд врача и квалифицированного среднего медицинского работника связан с большим объемом полученных знаний, значительным психо-эмоциональным, а зачастую и физическим напряжением, высокой степенью ответственности. И здесь возникает много проблем его мотивации, стимулов, приоритетов и дифференциации.

Организация оплаты труда работников здравоохранения в РФ на основе бюджетного финансирования регламентируется целым рядом нормативных документов. Постановление Совета Министров Правительства РФ от 14 октября 1992 года № 785 «О дифференциации в уровнях оплаты труда работников бюджетной сферы на основе Единой Тарифной Сетки», приказа Минздрава РФ от 24 февраля 1998 г. № 478 «Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации», «Положения об оплате труда работников здравоохранения РФ», утвержденного приказом Минздрава РФ от 24 февраля 1998 г. № 48, «Положения об оплате труда работников здравоохранения РФ», утвержденного приказом Минздрава РФ от 15 октября 1999 г. № 377. С 1 сентября 1999 г. организация оплаты труда работников здравоохранения регламентируется постановлением Правительства РФ от 18 марта 1999 г. № 309 «О повышении тарифных ставок (окладов) Единой Тарифной Сетки по оплате труда работников организаций бюджетной сферы», в соответствии с которым тарифная ставка (оклад) первого разряда ЕТС по оплате труда работников организаций бюджетной сферы установлена в размере 110 рублей а месяц. 21 апреля 1999 г. вышло распоряжение мэра г. Москвы № 383-РМ «О повышении тарифных ставок (окладов) ЕТС по оплате труда работников организаций бюджетной сферы», в соответствии с которым установлена 50% доплата работникам бюджетных учреждений здравоохранения и народного образования к месячной тарифной ставке (окладу). Основными требованиями этих документов являются периодическое проведение аттестации с целью установления соответствия работников занимаемой должности, определения разряда оплаты труда в соответствии с ЕТС и расчет оплаты труда в соответствии с ЕТС по соответствующим должностям работников здравоохранения. Представляются ограниченные дополнительные возможности для увеличения оплаты труда некоторых категорий работников (надбавки, доплаты и некоторые другие выплаты стимулирующего характера), но только в пределах выделенных бюджетных ассигнований при условии выполнения работником определенной работы.

Учреждения здравоохранения, находящиеся на бюджетном финансировании, в пределах выделенных бюджетных ассигнований самостоятельно определяют виды и размеры надбавок, доплат и других выплат стимулирующего характера, имея в виду, что квалификация работников и сложность выполняемых ими работ учтены в размерах окладов (ставок), определяемых на основе ЕТС.

Ставки и оклады определяются на основе ЕТС:

Таблица

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Разряды оплаты труда | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Тарифные коэффициенты | 1,00 | 1,36 | 1,59, | 1,73 | 1,82 | 2,00 | 2,27 | 2,54 | 2,91 |
| Тарифные ставки (оклады)\* | 110 | 150 | 175 | 190 | 200 | 220 | 250 | 280 | 320 |
| Разряды оплаты труда | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Тарифные коэффициенты | 3,27 | 3,68 | 4,18 | 4,75 | 5,32 | 6,00 | 6,68 | 7,41 | 8,23 |
| Тарифные ставки (оклады)\* | 360 | 405 | 460 | 520 | 585 | 660 | 735 | 815 | 905 |

\*) Размеры тарифных ставок (окладов) округлены до целых рублей.

Тарифная ставка (оклад) первого разряда ЕТС определяется федеративным законом. Тарифные ставки (оклады) второго и последующих разрядов ЕТС определяются Правительством РФ исходя из размера тарифной ставки (оклада) первого разряда, установленного федеральным законом, и тарифных коэффициентов. Тарифные коэффициенты утверждаются Правительством РФ по согласованию с общероссийскими объединениями профсоюзов и общероссийскими объединениями работодателей. Специалистам, работающим на селе, устанавливаются повышенные на 25% оклады (ставки) по сравнению с окладами (ставками) специалистов, занимающихся этими видами деятельности в городских условиях.

Оклады по должностям заместителей руководителей из члена медицинских и фармацевтических работников устанавливается на 10-20% ниже окладов соответствующих руководителей с учетом квалификационных признаков данного заместителя (наличие квалификационной категории, ученой степени, почетного звания).

Оклады по должностям медицинских и фармацевтических работников устанавливаются по разрядам ЕТС с учетом наличия квалификационной категории, ученой степени, почетного звания. Разряды оплаты труда работников в соответствии с ЕТС определяются по результатам тарификации.

Высококвалифицированным рабочим, занятым на важных и ответственных работах, могут устанавливаться тарифные ставки исходя из 9-10 разрядов ЕТС по перечню, утвержденному Минздравом России [14]. Аттестация лиц, занимающих должности медицинских и фармацевтических работников, производится на основании действующих положений о порядке аттестации врачей, провизора, средних медицинских и фармацевтических работников. Должностной оклад (месячная тарифная ставка) работников, занятых в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда, формируется из оклада по соответствующему разряду оплаты труда ЕТС и повышений к нему.

Размер заработной платы работника определяется исходя из должностного оклада по занимаемой должности и других условий оплаты, предусмотренных действующими нормативными актами. Оплата труда работников по совместительству, по замещенным должностям, за работу без занятия штатной должности, а также на условиях неполного рабочего дня, или неполной рабочей недели, производится пропорционально отработанному времени, исходя из должностного оклада, либо в зависимости от выработки, исходя из отдельных расценок, доплат, надбавок и выплат компенсационного характера, предусмотренных действующими нормативными актами.

Определение размеров заработной платы по основной и замещаемой должности (видам работ), а также по должности, занимаемой в порядке совместительства, производится раздельно по каждой из должностей (виду работ). Заработок работника предельными размерами не ограничивается.

Руководитель учреждения здравоохранения несет ответственность за современную и правильную оплату труда работников в соответствии с действующим законодательством. Заработная плата должна состоять из гарантированной постоянной части и переменной части, которая зависит от результатов работы сотрудника. По современным представлениям, в системе оплаты труда ориентированной преимущественно на материальное, а не на моральное стимулирование, доля гарантированной части заработной платы должна быть более 50%, но не превышать 70% , так как иначе требуется стимулированная функция переменной части заработной платы. При этом теоретически при определении размера переменной части заработной платы любого сотрудника должны учитываться эффективность деятельности как организации в целом, так и структурного подразделения, и индивидуальной работы [13].

Высказывается мнение о том, что необходимо отказаться от оплаты труда медицинских работников на основе тарифной системы и применять какие-то иные принципы и способы оплаты с учетом, прежде всего, конечных результатов деятельности. Однако, встает вопрос о том, как оценит оценить конечный результат медицинской должности, определить индивидуальный трудовой вклад работника, исчислить эту долю. Отказываться от тарифной системы не представляется возможным, так как рассчитываемые на ее основе тарифные ставки являются основным элементом заработной платы. От их уровня зависит величина тарифного заработка работника-повременщика, поскольку этот заработок является произведением часовой (дневной) тарифной ставки на число часов (дней) работы в течение определенного времени. От уровня тарифных ставок зависит и общий заработок работника-сдельщика, ибо сдельные расценки устанавливаются также на основе тарифной ставки.

Величина тарифной ставки используется при определении надбавок и доплат, очередных отпусков, оплаты работы в ночное время, в выходные и праздничные дни. Поэтому дело не в отмене тарифной системы, используемой для оплаты труда медицинских работников, а в поиске путей ее совершенствования.

Основными составляющими элементами тарифной системы, как отмечалось выше, являются тарифная ставка и тарифная сетка. Исходной тарифной ставкой служит минимальная тарифная ставка первого разряда. В настоящее время тарифная ставка первого разряда не связана с минимальной месячной заработной платой, которая является лишь техническим нормативом, используемым для расчета размера пособий, стипендий, штрафов и минимальной потребительской корзины или величины прожиточного минимума. Размер заработной платы и ее дифференциация должны быть непосредственно увязаны с государственным минимумом заработной платы, который устанавливается в большинстве экономически развитых странах в той или иной степени соотносится с законодательно утвержденным прожиточным минимумом.

Таким образом, при установлении величины минимальной тарифной ставки должен учитываться размер прожиточного минимума, представляющего собой совокупность жизненных минимальных благ, необходимых для осуществления трудящегося, занятого неквалифицированным легким трудом. Исходя из этого, прожиточный минимум как важнейший социально-экономический норматив следует утверждать в законодательном порядке, соотносить с минимальной тарифной ставкой и периодически пересматривать в зависимости от динамики стоимости жизни [11].

«Месячная оплата труда работника, отработавшего полностью определенную на этот период норму рабочего времени и выполнившего свои трудовые обязанности (нормы труда), не может быть ниже установленного Верховным Советом РФ минимального размера оплаты труда. В минимальный размер оплаты труда не включаются доплаты и надбавки, а также премии и другие поощрительные выплаты» (ст.78 КЗОТ).

Минимальная гарантированная заработная плата выплачивается работнику при условии выполнения объемных нормативных показателей (число пролеченных больных, выполненных исследований, осуществленных приемов пациентов в пределах нормы и др.). Размер максимальной заработной платы определяет набор факторов, к которым относятся сложность выполняемой работы, интенсивность и качество труда.

Важнейший принцип дифференциации заработной платы с помощью тарифной сетки состоит в том, что ее величина находится в прямой зависимости от сложности труда, квалификации работника, т.к. сложный труд более высокого качества, создающий в единицу времени продукт большей стоимости. Одной из характеристик тарифной сетки является абсолютный рост величины тариф-коэффициентов, т. Е. Последовательное увеличение разницы между соседними тарифными коэффициентами от низшего к более высоким разрядам. Однако большее значение для оценки и оплаты сложного, высококвалифицированного труда имеет относительный рост тарифных коэффициентов, выраженный в процентах, который может быть равномерным или прогрессивно возрастающим. В ныне действующей тарифной сетке предусмотрен прогрессивный абсолютный и преимущественно равномерный рост коэффициентов сложности труда, в частности, темпы возрастания тарифных коэффициентов по врачебному персоналу составляют 13% (см. таблицу [10]).

Фрагмент ЕТС по оплате труда врачебного персонала

Таблица

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Разряды оплаты труда | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Тарифные коэффициенты | 3,53 | 3,99 | 4,51 | 5,10 | 5,76 | 6,51 | 7,36 |
| Абсолютный рост тарифных коэффициентов | - | 0,46 | 0,52 | 0,59 | 0,66 | 0,75 | 0,85 |
| Относительный рост тарифных коэффициентов (в %) | - | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |

в то же время для усиления материальной заинтересованности работников в совершенствовании их мастерства и повышения квалификации практически во всех отраслях используется принцип прогрессивного относительного возрастания тарифных коэффициентов, что целесообразно использовать и в здравоохранении, поощряя во все большем денежном выражении труд все более высокой квалификации.

Несомненно, что реформа тарифной системы по изложенным позициям должна проводиться поэтапно и в условиях устойчивой экономической ситуации, роста ВВП, однако уже сегодня необходимо оценить роль и значение тарифной системы в оплате труда медицинских работников, наметить направление ее кардинальной перестройки, разработать объективные, простые в исчислении способы оценки результатов и качества работы.

Наряду с тарифной системой другим основным элементом организации оплаты труда являются формы и системы заработной платы. Измерителями затрат труда служат или отработанное рабочее время, или количество указанных услуг, в связи с чем различают две формы заработной платы: повременную и сдельную. При повременно оплате мерой труда выступает рабочее время, и заработок работнику начисляется в соответствии с установленной тарифной ставкой или должностным окладом за фактически отработанное время. При сдельной оплате мерой труда является количество выработанной работником продукции или оказанных услуг, и заработок зависит от объема выполненной работы и установленных сдельных расценок за единицу работы. Системы сдельной заработной платы предусматривают определенную функциональную зависимость работка от объема выработки, а точнее — от уровня выполнения норм, что является мощным побудительным стимулом для их перевыполнения и увеличения тем самым сдельного заработка. Характерной тенденцией развития методов оплаты труда в экономических развитых странах в последние десятилетия стало сокращение сферы применения сдельных форм оплаты и широкая замена их повременной формой.

В учреждениях здравоохранения РФ оплате труда осуществляется на основании ЕТС использующей повременную форму оплаты. Эта форма наделена несомненными достоинствами — простотой и стабильностью, позволяющими прогнозировать расходы при формировании бюджетов всех уровней. Она также понятна сотрудникам при прогнозировании и проверке своих заработков. Однако данная система имеет незначительное стимулирующее воздействие на деятельность персонала. Использование более прогрессивной в этом отношении сдельной формы оплаты труда малопригодно для ЛПУ в силу ряда принципиально непреодолимых ограничений. Сдельные системы, основанные на жесткой связи оплаты с нормой труда и расценкой, являются предметом повышенной социальной напряженности в коллективе и обществе и, что особенно важно для сферы медицинских услуг, снижают качество выполняемой работы. Между тем оплата в рамках ОМС каждой конкретной медицинской услуги зачастую приводит к росту объемных показателей деятельности учреждения и пропорциональному увеличению средств на оплату труда медицинских работников, что само по себе не вызывало бы возражений если бы мировой опыт неопровержимо не доказал, что качественные характеристики работы, как правило, принимаются в направлении, противоположном количественным ее результатам. В целях сдерживания расходов на здравоохранение и повышения качества медицинских услуг в странах Западной Европы и США все шире используется практика оплаты врачей по душевому нормативу или по системе должностных окладов с выплатой фиксированной суммы за договорное отработанное время независимо от объема оказываемой помощи. Наиболее оптимальным способом оплаты труда медицинских работников следует считать повременно-премиальную системы, не предусматривающую в то же время отказа от учета труда, т.к. отработанное время подразумевает выполнение определенного объема работы за этот период. Прогрессивные повременные системы обеспечивают работнику выплату тарифной ставки (оклада) и премии только при условии выполнения и соответственно, перевыполнения заданного объема работы, установленного на базе научно обоснованных нормативов затрат труда. Размер премиальных выплат работнику может составлять 30-50% его приработка, остальная часть которого направляется на дополнительное материальное поощрение персонала, деятельность которого не связана напрямую с объемными показателями должности учреждения (административно-управленческий, хозяйственный, обслуживающий персонал) и иные цели. Аналогичного результата можно достигнуть и при использовании малоизвестных в отечественной экономической литературе сдельно-регрессивных систем оплаты труда, при которых выработка в пределах нормы оплачивается по установленной тарифной ставке, а сверх нормы — с понижающим коэффициентом от 0,3 до 0,7. Системы построены таким образом, что, начиная с 120-130% выработки рост заработной платы становится незначительным и даже теоретически работник не может выработать 200% своей основной ставки. Описанные системы «комплексного премирования» и «дележа дополнительного дохода» связаны как с мерами направленными на повышение качества продукции и услуг, так и с общественным характером трудового процесса, т.к. выработка не только от его собственных, но и от коллективных усилий.

В городе Томске определение заработной платы работников Клиник Сибирского медицинского университета осуществляется на основании «Положения об оплате труда работников Клиник СМУ». Оно предусматривает единые принципы оплаты труда работников Клиник находящихся на бюджетном финансировании, на основе ЕТС и состоит из тарифных окладов (ставок), а также выплат компенсационного и стимулирующего характера, предусмотренных действующим законодательством РФ (см. Приложение 1).

## § 2. Дополнительная заработная плата.

В настоящее время в учреждениях здравоохранения система оплаты труда состоит из должностного оклада и комплекса многочисленных доплат и надбавок, которые имеют целевое и узкоспециализированное назначение (доплата за переработку, за дежурства, за работу в ночное время и т.д.). кроме того надбавки и доплаты входят в состав постоянной части заработной платы и носят, как правило, долговременный характер.

1. Доплаты и компенсации.

Назначение доплат — возмещение дополнительных затрат рабочей силы из-за объективных различий в условиях и тяжести труда. Компенсации учитывают не зависящие от предприятия факторы, в том числе рост цен. Доплаты осуществляются за неблагоприятные условия труда, если их практически невозможно улучшить. Неблагоприятные условия труда должны компенсироваться работнику, прежде всего за счет увеличения времени отдыха, дополнительного бесплатного питания в организации, профилактических и лечебных мероприятий. Если этого недостаточно, вводятся доплаты к тарифным ставам на основе аттестации рабочих мест и трудовых процессов по существующим методикам. Уровень компенсаций и доплат за неблагоприятные санитарно-гигиенические условия труда должен быть такой величины, которая исключала бы необходимость искажения норм выработки в целях увеличения заработной платы. Доплаты за сменность устанавливаются за работу в вечерние и ночные смены. Работникам учреждений здравоохранения, в т.ч. водителям санитарного автотранспорта, состоящим в штате автотранспортных предприятий и других организаций, доплата за работу в ночное время производится в размере 50% часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждый час. Медицинским, фармацевтическим работникам, специалистам и служащим — из расчета дополнительного оклада по занимаемой должности. Медицинскому персоналу, занятому оказанием экстренной, скорой и неотложной медицинской помощи, выездному персоналу и работникам связи станции (отделений) скорой медицинской помощи доплата за работу в ночное время производится соответственно в размере 100% часовой тарифной ставки (должностного оклада). Ночным считается время с 10 часов вечера до 6 часов утра [14].

Работникам учреждений здравоохранения, которым с их согласия вводится рабочий день с разделением смены на части (с перерывом в работе свыше 2-х часов) за отработанное время в эти дни производится доплата из расчета должностного оклада по занимаемой должности. Время внутрисменного перерыва в рабочее время не включается.

Перечень должностей работников, которым могут устанавливаться указанные доплаты, и размер доплат определяется руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом.

Врачам-руководителям учреждений здравоохранения и их заместителям-врачам разрешается вести в учреждениях, в штате которых они состоят, работу по специальности в пределах рабочего времени по основной должности с оплатой в размере до 25% должностного оклада врача соответствующей специальности. Размер доплаты определяется приказом по учреждению.

Работникам учреждения здравоохранения могут устанавливаться доплаты к должностным окладам (тарифным ставкам) за совмещение должностей (профессий), расширение зоны обслуживания или увеличение выполняемых работ, а также за выполнение наряду со своей работой обязанностей временно отсутствующего работника.

Размеры доплат и условия их выплаты устанавливается учреждениями самостоятельно, и финансируются в коллективных договорах (ст. 85-1, 87 КЗоТ РФ).

1. Надбавки.

Надбавки вводятся для стимулирования добросовестного отношения к труду, повышения качества продукции и эффективности производства. Надбавки выплачиваются в одинаковом размере каждой месяц в течение установленного периода.

Важнейшими среди нормативных актов, обеспечивающих правовую основу материального стимулирования труда медиков, являются:

- Указ Президента РФ от 13.05.92 №508 «О дополнительных мерах по стимулированию труда работников здравоохранения»;

- Постановление Совета Министров, Правительства РФ от 08.10.93 № 1002 «О некоторых вопросах оплаты труда работников здравоохранения;

- Постановление Правительства РФ от 28.02.96 № 213 «О надбавках за продолжительность непрерывной работы медицинским работникам, занимающим по совместительству штатные должности в организациях здравоохранения и социальной защиты населения;

- Постановление Правительства РФ от 03.04.96 № 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при использовании своих служебных обязанностей».

Надбавки за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения устанавливаются в следующих максимальных размерах:

1. В размере 30% оклада (ставки) за первые три года и по 25% за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 80% оклада:
2. старшим врачам станций (отделений) скорой медицинской помощи;
3. врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу и водителям, в том числе состоящим в штате автотранспортных предприятий, выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи и выездных реанимационных гематологических бригад;
4. врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу и водителям выездных бригад отделений плановой и экстренной консультативной медицинской помощи (станций санитарной авиации;
5. за врачами выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшими на должности главного врача станции скорой медицинской помощи и его заместителя, заведующих отделениями, подстанциями скорой медицинской помощи, а также за работниками из числа среднего медицинского персонала выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшими на должности фельдшера (медицинской сестры) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам или старшего фельдшера подстанции скорой медицинской помощи, сохраняются надбавки в размерах, соответствующих стажу непрерывной работы в выездных бригадах;
6. врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу хосписов и постоянно действующих передвижных медицинских отрядов в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях.
7. Работникам протилепрозных (лепрозных) учреждений (подразделений) — в размере 10% оклада (ставки) за каждый год работы. Максимальный размер надбавки не может превышать для медицинских работников 80%, для других работников — 50%.
8. Работникам противочумных учреждений (подразделений) — в размере 10% оклада (ставки) за каждый год работы. Максимальный размер надбавки не может превышать для медицинских работников 100%, для других работников — 80%.
9. В размере 30% оклада (ставки) за первые три года и по 15% — за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 60% оклада:
10. врачам и среднему медицинскому персоналу участковых больниц и амбулаторий, в т.ч. линейных, домов-интернатов всех типов, расположенных в сельской местности;
11. среднему медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов;
12. заведующим терапевтическими и педиатрическими отделениями поликлиник, а также участковым терапевтам и педиатрам, участковым медицинским сестрам терапевтических и педиатрических территориальных участков;
13. фельдшерам, работающим на территориальных терапевтических и педиатрических участках в поликлиниках и поликлинических отделениях;
14. врачам пунктов (отделений) медицинской помощи на дому;
15. врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);
16. врачам, в т.ч. председателям и главным экспертам врачебно-трудовых экспертных комиссий.
17. Работникам учреждений по борьбе с особо опасными инфекциями — в размере 10% оклада (ставки) за каждый год работы. Максимальный размер надбавки не может превышать для медицинских работников, а также зоологов и энтомологов — 60%, для других работников — 40%
18. В размере 30% оклада (ставки) за первые три года и 10% за последующие два года непрерывной работы, но не выше 40% оклада:
19. врачам-терапевтам цеховых врачебных участков, среднему медицинскому персоналу цеховых врачебных участков и домов сестринского ухода.
20. В размере 20% оклада (ставки) за первые три года и 10% за последующие два года непрерывной работы, но не выше 30% оклада:
21. всем работникам учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, кроме работников, перечисленных выше.

Надбавка выплачивается по основной должности исходя из оклада (ставки), установленной по разрядам оплаты труда ЕТС, без учета повышений за работу в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда, других повышений, надбавок и доплат.

Работникам, занимающим по совместительству штатные должности медицинского персонала в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения, надбавки выплачиваются и по совмещенным должностям в порядке и на условиях, предусмотренных для этих должностей.

Надбавки за условия труда назначаются:

1. Медицинскому и педагогическому персоналу психиатрических больниц (отделений) специализированного типа и судебно-психиатрических отделений для лиц, содержащихся под стражей, выплачивается 30% надбавка к окладам (ставкам) за работу в опасных условиях.

2. Работникам учреждений здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфецированных, установлена 20% надбавка к окладам (ставкам) за работу в опасных для здоровья условиях труда.

Надбавки стимулирующего характера назначаются работникам учреждений здравоохранения в пределах выделенных бюджетных ассигнований за применение в работе достижений науки и передовых методов труда, высокие достижения в работе, выполнение особо важных или срочных работ (на срок их проведения), а также напряженность в труде[14].

Надбавки начисляются на оклад (ставку) и предельными размерами не ограничиваются. Надбавки устанавливаются на определенный срок, но не более одного года, приказом по учреждению по согласованию с выборным профсоюзным органом на основании представления руководителя структурного подразделения. Надбавки отменяются при ухудшении показателей в работе или окончании особо важных или срочных работ.

Руководителям учреждений здравоохранения (главным врачам, директорам, заведующим, начальникам) надбавки устанавливаются решением вышестоящего органа управления здравоохранением за работу, направленную на развитие учреждения, применение в практике учреждения передовых методов диагностики и лечения больных, новых лекарственных средств и медицинского оборудования, передовых методов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Надбавки и доплаты, по сути, входят в состав постоянной части заработной платы, носят, как правило, долговременный характер и на их ежемесячный размер не влияют результаты индивидуальной трудовой активности. Отсюда не только низкая мотивационная роль заработной платы как таковой, но и отсутствия в бюджетных учреждениях здравоохранения внутренней конкуренции и низкая внешняя конкурентоспособность.

Структура начисления доплат и надбавок в Клиниках СМУ г. Томска отражена в Приложении 2,3.

## 3. Вознаграждения, премирование, поощрения.

Вознаграждения, премии, поощрения вводятся в здравоохранении для стимулирования добросовестного отношения к труду, повышения качества услуг и эффективности производства.

В условиях перехода к рынку организациям здравоохранения предоставлено право самостоятельно разрабатывать и применять премиальные положения, которые в обязательном порядке должны включаться в коллективный договор.

В годы экономических реформ практически единственным источником материального вознаграждения в здравоохранении стало страховое финансирование.

Премирование работников учреждений здравоохранения производится в соответствии с положением, утвержденным руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом. Размер премии предельными размерами не ограничивается. Премирование руководителей учреждений производится по результатам оценки деятельности учреждения в целом вышестоящим органом управления здравоохранения.

Премии и вознаграждения могут быть индивидуальными и коллективными. На практике используют, как правило, разовые премии и вознаграждения. В организациях используют следующие виды разовых премий:

1. вознаграждение по итогам работы за год;
2. одновременные поощрения за выполнение особо важных заданий, срочных и непредвиденных работ;
3. премии по итогам смотров и конкурсов, к праздничным и торжественным датам.

Вознаграждение по итогам работы за год учитывает результаты работы своей организации. Организации разрабатывают положения о выплате единовременных поощрений за выполнение определенных заданий и видов работ. В зависимости от специфики достигнутых производственных показателей также поощрения могут определяться в рублях, процентах к заработку работника, процентах от полученного эффекта в результате выполнения данной работы. Организация может заменить денежные премии натуральными вознаграждениями — ценными подарками. Товарами длительного пользования, льготами на приобретение квартиры, дачи, машины.

За образцовое выполнение обязанностей, успехи в оказании медицинской помощи населению, повышение производительности труда, улучшение качества продукции, за продолжительную и безупречную работу, новаторство в труде и за другие достижения в работе кроме денежных премий применяются и такие поощрения как: объявление благодарности, награждение Почетной грамотой, занесение в Книгу почета, на Доску почета [7].

Но в экономической ситуации, когда несоответствие уровня заработной платы материальным потребностям сотрудников типично для федеральных и муниципальных учреждений здравоохранения, материальное стимулирование оказывается более эффективным, чем моральное.

Главным направлением в стимулировании руководителей, специалистов и служащих должно стать премирование за фактические улучшение результатов работы. В условиях рыночных отношений на предприятия возрастает значение показателя прибыли как источника средств для расширения и технического совершенствования организации, а также увеличение доходов участников этой организации. Стимулирование роста прибыли становится обязательным направлением в организации премирования руководителей, специалистов и служащих подразделений организаций.

Важным аспектов обеспечения эффективности внутри учрежденского экономического управления является необходимость стимулирования в первую очередь тех звеньев, от которых более всего зависит конечный результат. С этой точки зрения предоставляются необоснованными попытки включить в систему премиальных выплат всех сотрудников без учета ключевого или второстепенного значения для учреждения их деятельности.

Так целью клинического подразделения учреждения здравоохранения является предоставление максимального количества качественных медицинских услуг для удовлетворения потребности в них населения. Следовательно, ключевую роль продавцов медицинских услуг учреждения обеспечивают врачи амбулаторного приема и врачи-ординаторы стационарных отделений. С этих позиций, очевидно, что в первую очередь необходимо обеспечить материальное стимулирование труда сотрудников, занимающих указанные должности.

Было бы нелогичным исключение заведующих поликлиниками и стационарами отделениями из первого этапа внедрения стимулирующей системы оплаты труда. В подобном случае отсутствие координации на уровне отделения как структурной единицы учреждения может приводить к снижению эффективности стимулирующей системы оплаты труда. Этот принцип условно назван принципом взаимной ответственности, поскольку достижение высоких результатов возможно, когда заведующий отделением способствует эффективной деятельности клинического отделения в целом, а размер его премиальных выплат зависит от результатов деятельности подчиненных ему врачей.

В то же время представляется экономически целесообразным внедрение материального стимулирования персонала, труд которого лишь косвенным образом включен в состав медицинской услуги. Так, вовлечение младшего медицинского персонала поликлиники, процедурных сестер и сотрудников других специальностей в разрабатываемую методику оплаты труда будет сопровождаться скорее ростом экономических затрат учреждения на премиальные выплаты, нежели повышением доходов [10].

Таким образом, с точки зрения системного подхода к деятельности учреждения здравоохранения внедряемая методика материального стимулирования должна предусматривать:

1. выделение в структурном подразделении учреждения здравоохранения 3 категорий сотрудников:
2. сотрудники, деятельность которых подлежит первоочередному стимулированию, поскольку от их труда прежде всего зависит результат работы структурного подразделения;
3. сотрудники, вовлекаемые в материальное стимулирование вторично, по принципу взаимной ответственности;
4. сотрудники, вовлечение которых в стимулирующую систему оплаты труда нежелательно, поскольку финансовые затраты на премиальные выплаты не будут сопровождаться увеличением доходов;
5. стимулированию подлежат показатели индивидуальной деятельности сотрудников, подобранные с учетом функций структурных подразделений учреждения.

В результате экономической ситуации стране в Клиниках СМУ специального положения о премировании и вознаграждении сотрудников не разрабатывается, т.к. недостаточно средств для этих целей. Если же поступают какие-то дополнительные инвестиции, то разрабатывают положение о разовом премировании и вознаграждении, и величина их меняется в зависимости от достигнутых результатов.

Таким образом, характеризуя практические шаги в области регулирования оплаты труда в здравоохранении нашей страны, следует отметить, что была разработана и введена ЕТС для дифференциации уровней оплаты труда различных категорий работников, позволяющая обеспечить равную оплату за равносложный труд независимо от сферы его приложения для работников в здравоохранении, финансируемого за счет бюджетных средств. Мерой государственного регулирования оплаты труда, обеспечивающей социальную защиту малоимущих, низкооплачиваемых, является установление минимальной заработной платы на объективной основе. Введение ЕТС для оплаты труда работников бюджетной сферы сводится к периодическому пересмотру тарифной ставки первого разряда, то есть минимальной тарифной ставки, на уровне организаций и учреждений здравоохранения. Медицинские работники помимо заработной платы получают доплаты и надбавки, исчисляемые на базе установленных им тарифных ставок (окладов), а также премии и вознаграждения.

Тарифные ставки (оклады) определяют величину оплаты труда в соответствии с его сложностью и ответственностью. Доплаты и компенсации отражают те производственные и социальные характеристики труда, которые объективно не зависят от сотрудника. Надбавки и премии отражают результаты его собственных достижений.

Функционирование здравоохранения в новых экономических условиях, которые характеризуются интенсивным развитием рыночных отношений во всех сферах человеческой деятельности и возросшими требованиями к качеству медицинского обслуживания; более низкие размеры заработной платы медицинского персонала по сравнению с работниками других отраслей; отсутствие эффективной системы стимулирования по конечным результатам деятельности обуславливают необходимость реформы существующей системы оплаты труда медицинских работников.

# Глава III. Социальные гарантии

Экономическая деятельность человека, в конечном счете, имеет целью создание материальной базы для улучшения условий жизни. Поскольку люди в своей экономической деятельности тесно взаимосвязаны друг с другом, постольку и изменение условий жизни отдельного индивида не может происходить в отрыве от изменений этих условий для других индивидов. В свою очередь, это требует деятельности по обеспечению благоприятных условий жизни, выработки механизма обеспечения социальной защищенности граждан.

В Конституции РФ (ст. 7) провозглашено, что Российская Федерация — социальное государство, однако, правительственные документы, определяющие стратегию и тактику экономических и социальных преобразований (среднесрочные программы развития экономики страны, Программа социальных реформ в РФ на 1996-2000 гг.), не содержат четкой концепции социальной политики.

Реальная социальная политика в конечном итоге отражает возможности экономики страны. Неустойчивое экономическое положение затрудняет разработку и упорядочение системы социальных льгот и выплат, так же как и решение вопроса о приемлемой законодательно определяемой доле социальных расходов в консолидированном федеральном бюджете и в бюджетах субъектов Федерации.

В настоящее время законодательно устанавливаются размеры минимальной зарплаты, минимальной пенсии; существуют федеральные стандарты в области образования, рассматривается новая модель оплаты жилья и коммунальных услуг.

С сожалением приходится констатировать, что механизм соизмерения финансовых возможностей государства с потребностями в социальной помощи различным категориям граждан не отработан. Недостаточное внимание уделяется источникам финансирования. Проект Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РФ, связанные с вопросами упорядочения предоставления отдельных социальных выплат и льгот», в котором сделана попытка приведения в компромиссное равновесие экономических возможностей общества с ранее законодательно утвержденными выплатами, Госдума не утвердила. Хотя сегодня другого пути нет. Сокращение государственных расходов на социальные нужды, ограничение числа выплат и льгот, отказ от принципов всеобщности поддержки обусловлены кризисным характером экономики, не имеющей достаточной бюджетной базы [21].

Проблемы сокращения количества социальных льгот и выплат следует решать в комплексе с установлением такой заработной платы, которая гарантировала бы покрытие жизненных потребностей человека, иначе одностороннее сокращение к падению и без того низкого жизненного уровня наемных работников и некоторых категорий граждан.

Но такой подход неоднозначен. Введение или отмена тех или иных видов социальной помощи зависит от множества факторов: экономических возможностей государства, типа экономической и социальной политики, приоритетов, что позволяет вводить или отменять те или иные виды помощи в связи с изменившимися обстоятельствами или направлениями экономической политики государства, в том числе в сфере распределительных отношений.

Таким образом, Конституционные обязательства государства по обеспечению граждан на уровне минимальных социальных стандартов должны реализовываться на основе принципов социальной справедливости, заявительности, адресности и экономической обоснованности размера социальной помощи.

## § 1 Социальная защита и ее основные направления в сфере труда

Рыночная система хозяйствования меняет не только экономическую политику управления хозяйством, но и требования к рабочей силе формирует новую политику хозяйственной мотивации. Процесс перехода к новым ценностям в жизни общества идет не совсем гладко. Постоянно дает о себе знать острое противоречие между необходимостью проведения жесткой экономической политики, раскрепощения рыночных механизмов и недостаточным запасом прочности социальной защиты людей.

Социальная защита — необходимый элемент функционирования любого достаточно развитого государства. Концепция социальной защиты возникла в конце XIX – начале XX в. и в широком общесоциологическом смысле соответствующий термин впервые появился в США в 30-х годах и постепенно распространился в западной социологии для обозначения системы мер, защищающих любого гражданина от экономической и социальной ущемленности вследствие безработицы, потери или резкого сокращения дохода из-за болезни, рождения ребенка, производственной травмы или профзаболевания, инвалидности, старости, потери кормильца и т.п.

Сама система социальной защиты в широком смысле — это система правовых, социально-экономических и политических гарантий, представляющих условия для обеспечения средств существования:

* трудоспособным гражданам — за счет личного трудового вклада, экономической самостоятельности и предпринимательства;
* социально уязвим слоем — за счет государства, но не ниже установленного законом прожиточного минимума [8]

В XX веке, когда традиционное капиталистическое общество фактически трансформировалось в новую социально-экономическую систему и социально ориентированное рыночное хозяйство, на Западе сложились мощные системы социальной защиты, охватывающие как общество в целом, так и в частности, здравоохранение. К настоящему времени на Западе имеется несколько моделей систем социальной защиты граждан: американская, европейская, японская, в рамках которых имеются свои разновидности. Им присущи некоторые общие черты и наряду с этим специфические, национальные.

Идущие в России глубокие социально экономические преобразования, направленные на утверждение рыночной экономики, делают проблему обеспечения эффективной социальной защиты граждан вообще и работников здравоохранения, в частности, чрезвычайно актуальной.

Таким образом, социальная защита — это система законодательных, социально-экономических и морально-психологических гарантий, средств и мер, благодаря которым создаются равные для трудящихся условия, обеспечивающие достойное и социально приемлемое качество их жизни.

Минздравом России за последние годы, принято ряд мер по социальной защите работающих в учреждениях здравоохранения:

1. Получил право на льготную пенсию по Спискам № 1 и № 2 медицинский персонал отделений рентгено-ударноволнового дистанционного дробления камней;
2. Получил право на льготную пенсию по Списку № 2;

* врачи, средний и младший медицинский персонал гематологических учреждений (подразделений), занятых лечением химиопрепаратами, опухолей системы крови;
* средний и младший медицинский персонал, обслуживающий больных в психиатрических, соматопсихиатрических отделениях и кабинетах многопрофильных ЛПУ;

1. Восстановлено право на льготное пенсионное обеспечение работников клиник научно-исследовательских и образовательных учреждений здравоохранения, не имеющих статуса «юридического лица»;
2. Получили право на дополнительную 20% надбавку к окладу, сокращенный рабочий день (36-часовая рабочая неделя), ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 36 рабочих дней работники организаций здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ инфицированных;
3. Установлен дополнительный оплачиваемый 3-дневный отпуск врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики;
4. Установлен удлиненный оплачиваемый отпуск продолжительностью 55 календарных дней педагогическому персоналу учебных подразделений учреждений здравоохранения. Подавляющее большинство организаций здравоохранения испытывают огромные трудности в связи с недофинансированием.

В таких условиях трудно проводить мероприятия по аттестации рабочих мест и улучшению условий труда, обеспечению работающих спецодеждой, спецобувью и средствами индивидуальной защиты в соответствии с нормами, выезжать на места для контроля и оказания практической помощи [24].

Рассмотрим социальную защиту в более узкой форме — как систему социально-экономических гарантий для граждан и, в частности, для медицинских работников.

## § 2 Социальные гарантии для медицинских работников

Любая социальная защита строится на социальных гарантиях, которые зафиксированы законодательством и представляют собой определенную систему. Гарантии должны:

* регулировать рынок рабочей силы через смягчение возникающих противоречий между ее спросом и предложениями;
* содействовать полной занятости всех трудоспособных членов общества (никто не должен против своей воли оставаться без работы);
* рассчитываться на все категории нетрудоспособного населения, особо выделяя при этом нуждающихся.

Система гарантий должна учитываться структуру населения конкретного региона, которая по трудовому потенциалу может быть разделена на следующие группы:

* пригодных для работы в современных условиях;
* тех, кто может быть использован лишь после соответствующей профессиональной подготовки;
* кто может работать, но при создании подходящих условий труда;
* кто вообще не может работать;
* кто не стремится работать. [8].

Мы обсудим социальные гарантии для медицинских работников, занятых в учреждениях здравоохранения г. Томска.

### 1. Гарантии при заключении коллективного договора

Согласно Закону коллективный договор — правовой акт, регулирующий трудовые социально-экономические и профессиональные отношения между работодателем и работником в учреждении. Коллективный договор имеет определенный срок действия, устанавливаемый по соглашению сторон, который может составлять от одного до трех лет (ст. 7 КЗоТ).

Избежать возникновения коллективных трудовых споров в учреждениях можно, если при принятии правовых решений обеспечиваются учет и согласование интересов и потребностей всех участников трудовых отношений.

Наилучшим образом выявление интересов и потребностей сторон, поиск и выработка взаимоприемлемых решений достигаются путем переговоров между ними и заключения договоров и соглашений. В современных условиях заключение коллективных договоров становится жизненной необходимостью, так как законы по вопросам трудового законодательства и охраны труда, принимаемые на федеральном уровне и на уровне субъектов Российской Федерации, предусматривают лишь социально необходимый (минимальный) уровень прав и гарантий работников, а более детальное регулирование трудовых отношений переносится на уровень учреждений и осуществляется с помощью коллективных договоров.

Решающая роль в создании системы договорного регулирования трудовых отношений принадлежит закону РФ «О коллективных договорах и соглашениях». Он дает возможность перейти к договорному регулированию многих важных вопросов, обеспечивает для работников и работодателей необходимую степень свободы в определении основных условий труда в учреждении, повышении уровня социальных гарантий и льгот. [24].

Практика работы показывает, что в учреждениях здравоохранения, несмотря на ограниченные возможности, связанные с бюджетным финансированием, через коллективные договоры могут быть решены вопросы увеличения продолжительности дополнительных отпусков за работу во вредных и неблагоприятных условиях труда, обеспечения специальной и санитарной одеждой и обувью дополнительно к установленным нормам, организации горячего питания персонала, оборудования санитарно-бытовых помещений, включая тренажерные залы и комнаты психологической разгрузки.

### 2. Гарантии при заключении трудового договора

Трудовой договор есть соглашение между трудящимся и предприятием, учреждением, организацией, по которому трудящийся обязуется выполнять работу, по определенной специальности, квалификации или должности с подчинением внутреннему трудовому распорядку, а предприятие, учреждение, организация обязуется выплачивать трудящемуся заработную плату и обеспечивать условия труда предусмотренные законодательством о труде, коллективным договором и соглашением сторон (ст. 15 КЗоТ).

Известно, что в здравоохранении трудятся специалисты с высшим и средним специальным базовым образованием различных специальностей. На 1 января 1997 г. в медицинской отрасли работало 1154056 работников, причем за последние два года средний прирост численности работающих в отрасли составил 2,3% в год. Из общего числа работающих специалисты с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием составляют 2098542 работника (или 66,5%), в том числе врачей — 600214, средних медицинских работников — 1474708.

Проблема сегодняшнего дня в здравоохранении состоит в продолжающемся оттоке специалистов из бюджетных учреждений: в страховые компании, хозрасчетные и частные медицинские учреждения. Определенная часть медицинских работников трудоустраивается в организациях немедицинского профиля, коммерческих или полукоммерческих. Службами занятости населения ежегодно регистрируются 0,15-0,2% работников здравоохранения, получающих пособие по безработице. [25].

Из сказанного следует, что в здравоохранении рынок труда характеризуется достаточно активным движением кадров (прием на работу, увольнение с работы, безработица). Следовательно, вопросы найма и увольнения среди работников отрасли сегодня весьма актуальны, и в этой связи трудовой договор является одной из гарантий при приеме на работу и увольнении.

Трудовой договор является основной правовой формой реализации конституционного принципа свободы труда (ч. 1 ст. 37 Конституции РФ). Свобода труда означает, что исключительное право распоряжаться своими способностями к труду принадлежит непосредственно самим гражданам. Используя это право, гражданин может самостоятельно выбирать тот или иной род деятельности и занятий. Одной из гарантий его свободного выбора является запрет принудительного труда, под которым понимается всякая работа или служба, требуемая от какого-либо лица под угрозой какого-либо наказания, работа, для которой это лицо не предложило добровольно своих услуг (ст. 2 Конвенции МОТ о принудительном и обязательном труде 19 30 № 29). Вместе с тем, по общепринятым международным стандартам не считается принудительным трудом, во-первых, военная служба, во-вторых, работа в условиях чрезвычайных обстоятельств, в-третьих, работа на основании вступившего в законную силу приговора суда и выполняемая под надзором государственных органов, ответственных за соблюдение законности при исполнении судебных приговоров. Содержание трудового договора (контракта) составляет совокупность его условий, которые подразделяются на необходимые и дополнительные.

К первым без достижения соглашения, по которым трудовой договор не может считаться заключенным, относятся соглашения: о месте работы; о выполнении работы по определенной специальности, квалификации или должности; об условиях оплаты труда; о виде трудового договора (срочного или заключаемого на неопределенный срок).

Ко вторым относятся все иные условия трудового договора «которые выработаны сторонами». [2].

Трудовой договор (контракт) заключается в письменной форме. Прием на работу оформляется приказом (распоряжением) администрации организации (ст. 18 КЗоТ).

Трудовой договор (контракт), заключенный в письменной форме, — это акт индивидуально-договорного характера, который должен отражать условия труда данного работника. При этом особое внимание следует обратить на его обязательные условия (п. 3 Комментария к ст. 15 КЗоТ), которые необходимо зафиксировать в трудовом договоре.

Прежде всего, максимально четко должны быть обозначены стороны договора — работодатель и работник. В качестве работодателя в здравоохранении выступают медицинские учреждения. В качестве работников — граждане, достигшие 15 лет (в исключительных случаях — 14 лет); учащиеся, достигшие 14 лет, — в случаях и порядке, предусмотренных законодательством. Организация может делегировать право приема и увольнения работников своим филиалом, отделение

Ям и другим обособленным структурным подразделениям, что должно быть отражено в их уставах (положениях). Если такого делегирования нет, то всем работникам необходимо заключать трудовой договор (контракт) непосредственно с руководителем организации.

Местом работы является конкретное учреждение здравоохранения, которое заключает трудовой договор (контракт) с работником. В договоре целесообразно указывать не только учреждение в целом, но и структурное подразделение (отделение), куда принимается работник, что позволит конкретизировать его права и обязанности. Трудовая функция — это работа по одной или нескольким профессиям (должностям) соответствующей квалификации. Указывая в договоре профессию (должность) работника, следует учитывать их наименования, содержащиеся в едином тарифно-квалификационном справочнике, поскольку с этим в ряде случаев связаны существенные для работника правовые последствия в области оплаты, льгот и компенсаций за неблагоприятные условия труда, пенсионного обеспечения.

При приеме на работу стороны могут договориться о совмещении профессий (должностей), то есть о выполнении работником наряду со своей основной работой дополнительной работы по другой профессии (должности). Тогда в трудовой договор вносится соответствующая запись о работе по совмещаемой профессии (должности), а также о порядке и условиях совмещения.

В трудовом договоре (контракте) целесообразно конкретизировать обязанности работника в соответствии с той профессией (должностью), на которую он принят.

В отношении должностных лиц фиксируется круг их функций, прав и обязанностей. Четкое определение и закрепление в трудовом договоре (контракте) обязанностей работника вносит необходимую определенность в отношения сторон, позволяет предотвратить многие конфликтные ситуации.

Поскольку законодательство предусматривает возможность заключения разных видов трудовых договоров (контрактов), нужно указать, заключается ли он на неопределенный срок, на определенный срок не более пяти лет, на время выполнения определенной работы (ст. 17 КЗоТ).

Помимо вида трудового договора в индивидуальном контракте нужно зафиксировать дату начала работы и при заключении срочного договора — дату ее окончания, которые определяются по соглашению сторон. [2].

Содержание трудового договора не сводится только к обязательствам работника. В соответствии со ст. 15 КЗоТ им корреспондируют обязательства работодателя выплачивать заработную плату и работнику обеспечивать условия труда, предусмотренные законодательством о труде, коллективным договором и соглашением сторон.

Как осуществляется регулирование оплаты труда в учреждениях здравоохранения отражено в главе «Экономические гарантии». Обязательства работодателей по трудовым договорам (контрактам) вытекают из требований, установленных КЗоТ. Так, администрация учреждений здравоохранения обязана правильно организовать труд работников, создавать условия для роста производительности труда, внимательно относится к нуждам и запросам работников, улучшать условия их труда и быта.

Она обязана обеспечить нормальные условия работы для выполнения работником его трудовых обязанностей.

Условия трудового договора (контракта) должны соответствовать требованиям законодательных и иных актов об охране труда.

### 3. Гарантии при приеме на работу

Трудовым законодательством запрещается необоснованный отказ в приеме на работу. Какое бы то ни было прямое или косвенное ограничение прав или установление прямых или косвенных преимущество при приеме на работу в зависимости от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, имущественного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств, не связанных с деловыми качествами работников, не допускается.

Не являются дискриминацией различия, исключения, предпочтения и ограничения при приеме на работу, которые определяются свойственными данному виду труда требованиями либо обусловлены особо заботой государства о лицах, нуждающихся в повышенной социальной правовой защите (ст. 16 КЗоТ).

По общему правилу обоснованным является отказ в приеме на работу по деловым качествам граждан, претендующих на ее получение, в соответствии с требованиями законодательства о труде.

В случаях, предусмотренных законодательством, работодатель не вправе заключить трудовой договор. Так, не могут быть приняты на работу лица, не достигшие определенного возраста (ст. 173 КЗоТ), женщины на работы, включенные в список тяжелых и работ с вредными условиями труда, где их труд запрещен (ст. 60 КЗоТ).

Запрещается отказывать в приеме на работу женщинам по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей (ст. 170 КЗоТ). Отказ в приеме на работу женщины по мотивам беременности или имеющей детей в возрасте до трех лет влечет за собой уголовную ответственность по ст. 145 УК РФ.

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается министерством здравоохранения РФ — также сертификат специалиста и лицензию. Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку.

Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения РФ. Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения РФ. Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения РФ.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ. [2].

### 4. Рабочее время и время отдыха

Минздравом России на основании разъяснения Минтруда России от 24.11.98 г. № 3 « О норме рабочего времени и порядке определения часовой тарифной ставки из установленной месячной тарифной ставки в 1999 г. », утвержденной постановлением Минтруда России от 24.11.98 г. № 45 сообщил, что норма рабочего времени на определенные периоды времени (месяц, год) исчисляется по расчетному графику пятидневной рабочей недели с двумя выходными днями — в субботу и воскресенье, независимо от того, по какому режиму работает учреждение (пяти-, шестидневная рабочая неделя или пятидневная рабочая неделя с одной или двумя рабочими субботами и т.д.). Норма рабочего времени рассчитывается, для того чтобы работники независимо от режима работы учреждения отрабатывали одинаковое число часов за учетный период.

В учреждениях здравоохранения приняты различные виды рабочего времени:

* нормальное рабочее время — нормальная рабочая неделя – 40 ч;
* сокращенный рабочий день — сокращенная рабочая неделя в связи с нервно-психическим напряжением в труде – 38,5 ч, 30,0 ч;
* сокращенная рабочая неделя в связи с вредными условиями труда – 36 ч, 30 ч, 24 ч;
* сокращенное рабочее время для подростков – 36 ч, 24 ч.

Исходя из продолжительности рабочего дня, который устанавливается по шестидневной рабочей неделе, исчисляется продолжительностью ежедневной работы (смены) при пятидневной рабочей неделе:

* при 40-часовой рабочей неделе – 8 ч (40 ч : 5), в предпраздничные дни – 7 ч, так как при нормальной продолжительности рабочей недели число часов, получаемых в результате деления установленной продолжительности рабочей недели на 5, накануне праздничных дней сокращается на 1 час (ст. 47 КЗоТ РФ);
* 38,5-часовой рабочей неделе – 7,.7 ч;
* 36-часовой рабочей неделе – 7,2 ч;
* 33-часовой рабочей неделе – 6,6 ч;
* 30-часовой рабочей неделе – 6 ч;
* 24-часовой рабочей неделе – 4,8 ч.

При продолжительности рабочей недели менее 40 ч число часов, получаемое в результате деления установленной продолжительности рабочей недели на 5, накануне праздничных дней не сокращается (ст. 47 КЗоТ РФ).

В связи с нервно-психическим напряжением в труде и вредными условиями труда медицинский персонал учреждений здравоохранения имеет сокращенную продолжительность рабочего времени, которая установлена для значительной части врачебного персонала приказом по Наркомздраву СССР от 12.12.40 № 584.

Врачам амбулаторно-поликлинических учреждений, за исключением врачей, занятых исключительно амбулаторным приемом больных, установлен 6,5-часовой рабочий день (38,5 часов в неделю). Врачам амбулаторно-поликлинических учреждений в те дни, когда они ведут исключительно прием больных, устанавливается 5,5-часовой рабочий день. Заведующему амбулаторно-поликлинического отделения установлен 6,5-часовой рабочий день, независимо от того, введена его ставка в счет 0,5 ставки врача или целой ставки врача, т.к. заведующий поликлиническим отделением не может вести исключительно амбулаторный прием больных. Он должен выполнять еще и административную работу.

Для работников, занятых на работах с вредными условиями труда, устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю. Конкретная продолжительность рабочего дня определяется Списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержденным постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.74 № 298/П-22. Сокращенный рабочий день согласно указанной в Списке продолжительности устанавливается работникам в те дни, когда они заняты работой во вредных условиях труда не менее половины своего рабочего времени.

Если заведующий рентгеновским отделением не менее половины своего рабочего времени занят рентгенодиагностикой, то ему устанавливается рабочий день той же продолжительности, что и врачу-рентгенологу. Это же положение относится и к заведующему патологоанатомическим отделением. [20].

В соответствующих случаях продолжительность ежедневной работы, в том числе время начала и окончания ежедневной работы и перерыва для отдыха и приема пищи определяется графиками сменности, утвержденными администрацией по согласованию с профсоюзным комитетом с соблюдением установленной продолжительности рабочего времени за неделю или другой учетный период. В соответствии со ст. 28 Основ законодательства РФ о труде в учреждениях здравоохранения на работах, связанных с оказанием медицинской помощи населению, как правило, применяется помесячный учет рабочего времени. Продолжительность ежедневной работы при этом режиме определяется графиками сменности. В учреждениях здравоохранения продолжительность ночной работы уравнивается с дневной.

В учреждениях здравоохранения разрешается работа до 12 часов в смену. Назначение работника на работу в течение двух смен подряд запрещается. Графики сменности доводятся до сведения работника, как правило, не позднее, чем за один месяц до введения их в действие. По решению трудового коллектива разрешается устанавливать продолжительность рабочей смены до 24 часов (кроме водителей санитарного автотранспорта). В каждом конкретном случае вопрос об установлении тому или иному работнику продолжительность рабочей смены до 24 часов должен решаться только с согласия работника и профкома учреждения здравоохранения. Работники чередуются по сменам равномерно. [7].

Специфика выполняемых трудовых функций некоторыми категориями работников (административный, управленческий, технический, хозяйственный и другой персонал) не всегда позволяет ограничить их деятельность рамками рабочего времени. Для таких работников вводится ненормированный рабочий день. Однако это не означает, что рабочее время этих работников вовсе не нормируется. По продолжительности их рабочий день не может быть меньше, чем он предусмотрен для данной должности, профессии. Эти работники обязаны соблюдать режим рабочего времени, установленный в учреждении, вовремя приходить на работу, соблюдать трудовую дисциплину, на общих основаниях пользоваться выходными и праздничными днями.

Особенностью же правового положения работников, имеющих ненормированный рабочий день, является то, что в исключительных случаях они могут привлекаться к работе сверх своего рабочего времени для выполнения своих трудовых обязанностей. Эта работа не является сверхурочной. Работа с таким режимом компенсируется предоставлением дополнительного отпуска продолжительностью до 12 рабочих дней.

В каждом учреждении должен быть составлен Перечень должностей работников с ненормированным рабочим днем, который утверждается руководителем учреждения, согласовывается с выборным профсоюзным органом (или иным уполномоченным работниками органом) и включается в текст коллективного договора.

Этот Перечень составляется на основании Перечня должностей работников с ненормированным рабочим днем в органах, учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР, который утвержден приказом Министерства здравоохранения СССР от 28.06.89 № 384.

3.3. Время отдыха.

Всеобщая декларация прав человека, Конституция РФ о трудовом законодательстве закрепили в качестве неотъемлемого права каждого человека право на отдых и досуг, включая право на разумное ограничение рабочего дня и на оплачиваемый периодический отпуск. Главная цель правового регулирования трудовым законодательством времени отдыха состоит, во-первых в обеспечении установленного законом ограничения рабочего времени, и, во-вторых, в содержании работникам условий для реального использования свободного времени [2].

Временем отдыха по трудовому законодательству признается то время в течение которого работник освобождается от выполнения трудовых обязанностей и которое он вправе использовать по своему усмотрению.

За несоблюдение норм и времени отдыха работник может обратиться в суд за защитой нарушенного права.

Косвенное нормирование законодательством времени отдыха состоит в ограничении продолжительности рабочего времени, например, продолжительность перерыва в работе (ежедневного отдыха) должна быть (вместе со временем обеденного перерыва) не менее двойной продолжительности времени работы в предшествующей отдыху смене.

На тех работах, где по условиям производства перерыв для отдыха и питания установить нельзя, работнику должна быть предоставлена возможность приема пищи в течение рабочего времени.

Перечень таких работ, порядок и место приема пищи устанавливаются администрацией по согласованию с профсоюзными комитетом учреждения, организации, предприятия. Для медицинских работников лечебно-профилактических и других учреждений здравоохранения, имеющих 6,5 часовой и более короткий рабочий день, предоставление обеденного перерыва необязательно [7].

Всем работникам предоставляются ежегодные отпуска с охранением места работы (должности) и среднего заработка (ст. 66 КЗоТ).

Очередность предоставления ежегодных отпусков устанавливается администрацией по согласованию с профсоюзным комитетом учреждения здравоохранения с учетом необходимости обеспечения нормального хода работы учреждения и благоприятных условий для отдыха рабочих. График отпусков поставляется на каждый календарный год не позднее 5 января текущего года и доводится до сведения всех рабочих.

Ежегодный оплачиваемый отпуск предоставляется работникам продолжительностью не менее 24 рабочих дней в расчете на шестидневную рабочую неделю. Порядок начисления продолжительности ежегодного оплачиваемого отпуска определяется законодательством (ст. 67. КЗоТ).

Дополнительный отпуск в учреждениях здравоохранения предоставляется работникам согласно списку профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск. Дополнительный отпуск предоставляется одновременно с ежегодным отпуском. Запрещается не предоставление ежегодного отпуска работникам, имеющим право на дополнительный отпуск в связи с вредными условиями труда [7]/

Полный дополнительный отпуск согласно списку предоставляется работникам здравоохранения, если они в рабочем году фактически проработали с вредными условиями труда не менее 11 месяцев. В стаж работы, дающий право на получение дополнительного отпуска указанным работникам, также включается:

а) период временной нетрудоспособности;

б) время отпуска по беременности и родам. Время выполнения женщинами легких работ в связи с беременностью, а также время выполнения женщинами других работ на которые они были переведены в связи с кормлением ребенка грудью или наличием детей в возрасте до одного года;

в) время выполнения государственных и общественных обязанностей. Замена дополнительного отпуска денежной компенсацией не допускается.

# Заключение

Проводимая в России модернизация экономики вызывает изменение всей системы социально-экономических отношений и, прежде всего, отношений собственности и условий найма рабочей силы. Если государство в прошлом фактически монопольный собственник средств производства и монопольный работодатель по логике вещей было обязано брать на себя все функции социальной защиты трудящихся, то перераспределение собственности и отказ от монополии на статус работодателя требует соответственного перераспределения этих функций между новыми функциями и работодателями.

Запаздывание с проведением необходимых преобразований приводит к существенному понижению уровня социальной защиты работников от профессиональных рисков.

Прочность сложившейся системы экономических взаимоотношений в сфере охраны труда определяется тем, что она не позволяет объективно оценивать затраты на воспроизводство рабочей силы на уровне. Не стимулирует их к улучшению условий и охраны труда. А также к использованию научно обоснованных критериев оценки уровней профессиональных рисков. В этом суть и «нерв» большинства проблем в области условий, охраны и медицины труда.

Также, идущие в России социально-экономические преобразования отразились и на обеспечении социально-экономических гарантий всему населению и, в частности, работникам предприятий.

В настоящее время механизм соизмерения финансовых возможностей государства с потребностями в социальной помощи различным категориям граждан не отработан. Сокращение государственных расходов на социальные нужды, ограничение числа выплат и льгот, отказ от принципов всеобщности поддержки обусловлены кризисным характером экономики, не имеющей достаточной бюджетной базы.

Все происходящие в России социально-экономические преобразования непосредственно касаются и здравоохранения, т.к., являясь бюджетной организацией здравоохранения финансируется за счет бюджетных средств и только частично за счет внебюджетных источников финансирования.

В настоящее время финансирование здравоохранения находится на низком уровне, что не позволяет осуществлять мероприятия по охране труда, приобретать предусмотренную нормами спецодежду, спецобувь и средства индивидуальной защиты, проводить экспертизу условий труда обеспечивать предусмотренные законодательством льготы и компенсации.

Размеры заработной платы медицинского персонала более низкие по сравнению с работниками других отраслей и не соответствуют их вкладу в дело здоровья нации, отсутствует эффективная система стимулирования по конечным результатам деятельности.

В связи с этим перед здравоохранением остро стоит задача проведения комплексной реформы в основу которой должен быть положен переход на медицинское страхование в соответствие с принятым законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Переход к оплате труда медицинских работников по полной стоимости рабочей силы более реален в условиях медицинского страхования, чем при бюджетном финансировании.

# Литература

1. Толкунова В.Н., Гусов К.Н. Трудовое право России, М., 1995.

1. Комментарии к кодексу законов о труде РФ, М., 1998.
2. Человек и труд, №4., 1999.
3. Трудовое право, № 1 (11), 1997.
4. Гусов К.Н. Трудовое право.
5. Коде5кс законов о труде РФ., М., 1997.
6. Справочник главной медицинской сетсры., М., 1996.
7. Адамчук В.В., Ромашов О.В., Сорокина М.С. Экономика и социология труда, М., 1999.
8. Геникин Б.М. Экономика и социология труда, М., 1998.
9. Обоснование принципов материального стимулирования труда в учреждениях здравоохранения / Проблемы социальной гигиены и история медицины, № 5. 1999.
10. Проблемы оплаты труда медицинских работников / Экономика здравоохранения, № 8,9,21 — 1997.
11. Походы к организации материального вознаграждения сотрудников в городской поликлинике в новых экономических условиях / Экономика здравоохранения., № 9,10,40 — 1999.
12. Подходы к совершенствованию системы оплаты труда медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины / Здравоохранение РФ., № 3. 1997.
13. Приказ № 377 от 15 октября 1999 / Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения.
14. Павлов Е.Х Охрана труда в здравоохранении., М.: Книжный мир, 1998.
15. Капцов В.А. Труд и здоровье медицинских работников как проблема медицины труда / Медицинская помощь, № 2.
16. Капцов В.А., Алферова Т.С. О гигиене труда медицинских работников / Здравоохранение РФ, № 5, 1985.
17. Чикин С.Я. О мерах по улучшению социальной защищенности медицинских работников / Здравоохранение РФ, № 8, 1990.
18. Лившиц А.А. Материальное поощрение медицинских работников как фактор повышения качества медицинской помощи / Здравоохранение РФ, № 4, 1998.
19. Глущенко М.Л. Норма рабочего времени в 1999 г. В учреждениях здравоохранения / Здравоохранение РФ, №6, 1999.
20. Кульбовская Н. О реформировании системы социальных гарантий, выплат и льгот / Человек и труд, « 7, 1998.
21. Борисов Б.А. Правовые аспекты охраны труда/ Человек и труд, № 8, 1997.
22. Пути формирования новых институтов социальной защиты работающих от профессиональных рисков / Бизнес и политика, № 9-10, 1996.
23. Всероссийское совещание специалистов охраны труда, работающих в здравоохранении / Здравоохранение РФ, № 1, 2000.
24. Гарантии заключения и расторжения трудового договора / Здравоохранение РФ, № 1, 1998.