

Глава 8

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Здоровье населения напрямую зависит от уровня цивилизации, социально-экономического развития страны, правовой культуры и ответственности граждан за личное здоровье. Общественное здоровье, являясь реальным результатом социально-экономического развития, выступает в то же время и естественным условием его дальнейшего развития.

Как известно, здоровье населения обусловлено в 50% случаев и более условиями и образом жизни, в 18–22% – состоянием окружающей среды, в 20% – генетическими факторами и лишь в 8–10% – состоянием здравоохранения.

Таким образом, ведущую роль в формировании здоровья населения играет образ жизни.

Медико-социальные аспекты образа жизни населения

Нередко происходит смешение понятий «образ жизни» и «условия жизни». Между тем условия жизни – по существу, все опосредующие и обуславливающие образ жизни факторы, определяющие его или сопутствующие ему. К их числу следует относить материальные, социальные, политические, духовно-нравственные, культурные и другие условия, определяющие образ жизни, а также природные условия, которые, не являясь определяющими, оказывают влияние, подчас очень существенное, на образ жизни. Условия жизни – это материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни: образ жизни – деятельность, активность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни, используют их.

Таким образом, образ жизни можно определить как систему наиболее существенных, типичных характеристик деятельности, активности людей, в единстве их количественных и качественных сторон, являющихся отражением уровня развития производительных сил и производственных отношений.

С образом жизни связывают и такие понятия, как «уклад жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни». Эти термины получили самое широкое распространение, некоторые из них могут применяться при условии их правильного, научно обоснованного толкования. Образ жизни включает, обобщает 4 категории: экономическую – «уровень жизни», социологическую – «качество жизни», социально-психологическую – «стиль жизни» и социально-экономическую – «уклад жизни».

Уровень жизни характеризуют размер национального дохода, приходящегося на душу населения, общий объем благ и услуг, потребляемых населением за год, доля питания в структуре потребления. Надо иметь в виду, что уровень жизни характеризует жизнедеятельность людей лишь в сфере потребления.

Однако уровень жизни нельзя оценивать или рассматривать лишь на основе средних показателей. Реальная картина раскрывается с помощью дифференцированных данных, относящихся к различным слоям и группам населения.

Под *укладом жизни* обычно понимают порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей. Термин *стиль жизни*, как правило, относят к индивидуальным особенностям населения как одного из проявлений жизнедеятельности, активности. Сюда же причисляют и индивидуальные особенности образа мыслей, стиля мышления.

Термин *«качество жизни»* широко используется западными философами и социологами, однако все чаще встречается и в нашей литературе. При использовании этого термина следует иметь в виду качественную сторону условий жизни – качество жилищных условий, питания, уровень комфорта, удовлетворенность работой, общением и т.д.* Понятно, что такое определение не заменяет понятия «образ жизни».

Поскольку деятельность людей, их активность проявляется в самых различных и многочисленных сферах, чрезвычайно сложно выделить наиболее существенные показатели, критерии образа жизни. Но вместе с тем это чрезвычайно важно, потому что без научно обоснованной системы показателей образа жизни мы не можем изучать влияние образа жизни на здоровье различных групп населения. В самом широком понимании выделяют две основные сферы деятельности: производственную и внепроизводственную, каждая из которых включает целый ряд показателей.

В структуру образа жизни входят:

1. Трудовая деятельность, условия труда, профессиональная и социальная активность работающих.
2. Хозяйственно-бытовая деятельность, вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.
3. Рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой.
4. Социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками).
5. Планирование семьи и взаимоотношения членов семьи.
6. Медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни).

* В контексте настоящей главы нам представляется более уместным и логичным следующее определение термина «качество жизни» – это степень восприятия, ощущения отдельными индивидами (группами лиц) удовлетворения своих потребностей и самореализации (Жуковской Г.С. и др., 2000).

Что же формирует здоровый образ жизни, который является, с одной стороны, аспектом образа жизни, а с другой – здоровья?

В отличие от социологического определения образа жизни, в медико-гигиеническом толковании здорового образа жизни более выражено конкретное содержание: деятельность в основном разворачивается на микросоциальном уровне (индивид, группа), сильнее отражена повседневная жизнь человека.

Здоровый образ жизни – это такие способы активной биосоциальной деятельности людей, которые в максимальной и непосредственной степени укрепляют здоровье населения при наличии благоприятных материальных и общественных условий.

Международный терминологический словарь «Санитарное просвещение» дает такое понятие: «Здоровый образ жизни – гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия».

По мнению академика РАМН Ю.П.Лисицына, в здоровом образе жизни обнаруживается относительное единство и согласованность трех уровней жизнедеятельности человека: социального, психологического и биологического. Это понятие нельзя свести к отдельным формам медико-социальной активности, но в то же время они отражают те или иные стороны здорового образа жизни.

Основные факторы риска образа жизни и их медико-социальное значение

На здоровье населения оказывает влияние целый ряд таких отрицательных факторов образа жизни, как курение и употребление алкоголя, неправильное питание, адинамия и гиподинамия, употребление наркотиков и злоупотребление лекарствами, вредные условия труда, стрессовые ситуации, неблагоприятные материально-бытовые условия, непрочность семей, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень, чрезмерно высокая степень урбанизации. Все это – факторы риска, т.е. факторы, которые гипотетически связаны с развитием того или иного заболевания и ассоциируются как с большим распространением, так и с повышенной вероятностью возникновения новых случаев заболеваний. Как правило, действует не один из этих факторов, а несколько. Остановимся на некоторых из них.

Как, к примеру, на здоровье влияет урбанизация? Это концентрация промышленных предприятий, чрезвычайно развитая сеть транспорта и связи, ускоренный темп питания. В результате урбанизации меняется климат городов, загрязняется окружающая среда, увеличивается шум, растет психоэмоциональная напряженность жизни.

Первая проблема крупного города – это *нейропсихическое состояние человека*. Эмоциональные стрессы, угнетенное состояние, тоска, страх,

тревога и другие эмоциональные проявления еще в древности привлекали внимание медиков. При этих состояниях легче возникают и тяжелее протекают гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, болезни кожи и обмена веществ, не говоря уже о неврозах и психических расстройствах.

Вторично-гигиеническая проблема психологического фактора риска при урбанизации состоит в разработке мер общественной психопрофилактики.

Вторая проблема крупного города – это *рост заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой, нервной системы, органов дыхания, гриппом и инфекционными заболеваниями, язвенной болезнью желудка и травматизма*. Эти эпидемиологические формы встречаются у городских жителей в 2–4 раза чаще, чем у сельских.

Третья проблема города – это *гиподинамия*. Еще в середине XIX в. машины и устройства, созданные человеком, производили не более 4% вырабатываемой энергии. В настоящее время лишь 1% энергии вырабатывается мускульной силой, остальные 99% – результат механизации и автоматизации. В результате энергетический природный потенциал человека оказался дефицитным. Автобус, трамвай, троллейбус, лифт, кресло приводят в конечном итоге к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, болезней нервной системы, суставов, связок, позвоночника. Неизбежные следствия ослабления мышечной активности – артриты, артрозы и частые мучительные страдания по поводу поясничных болей.

Еще один фактор риска возникновения важнейших заболеваний – *питание*. Здесь мы выделяем такие проблемы, как несбалансированное и некачественное питание, недо- и переядание.

Несбалансированность питания заключается в несоответствии между энергопоступлением и энерготратами, в неадекватной структуре питания, в том числе в нарушении соотношения основных компонентов питания (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины), в несоответствии времени приема пищи и ее объема индивидуальным биоритмологическим особенностям.

Прежде чем говорить о сбалансированности питания населения, нужно знать данные о потреблении продуктов питания в нашей стране. Если мы сравним эти данные с материалами по другим развитым странам, то сравнение будет не в нашу пользу.

Динамика потребления продуктов питания также не совсем благоприятна: за последние годы отмечается увеличение потребления хлебобулочных продуктов. Такие белоксодержащие продукты, как мясо и мясопродукты, мы употребляем на 7% ниже рекомендуемых норм, овощей, фруктов и ягод – на 30%.

В настоящее время в развитых странах от 20 до 50% здоровых людей и до 60% больных страдают избытком массы тела и ожирением. В 85% случаев ожирение является алиментарным, т.е. связанным с ошибками в питании. Поэтому в последние годы там отмечено резкое снижение потребления сливочного масла (на 38%), яиц (примерно на 20%), жирного молока

(на 47%), сахара (на 23%). Преимущественно углеводистая модель питания привела к избыточной массе тела у четверти населения нашей страны (у 28% городских и 22% сельских жителей, причем не только у взрослых).

Ожирение сегодня становится одним из самых распространенных (и, увы, не безвредных) заболеваний. К сожалению, последствия возникновения у людей избыточного веса в нашей стране традиционно недооценивались. Различными формами ожирения в России страдает около 60% населения.

Лишний вес – это база для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, диабета, заболеваний опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, ряда онкологических заболеваний.

Актуальна и проблема недоедания. Анемии, склонность к инфекционным заболеваниям, дистония, гиповитаминоз становятся результатами постоянного недоедания. Несбалансированное питание в первую очередь отражается на детях, молодежи, студентах. К росту важнейших заболеваний ведет и низкое качество пищи.

Нормализация обмена веществ и регуляция массы тела способствовали бы увеличению средней продолжительности жизни на 8–10 лет, в то время как избавление от рака способствовало бы увеличению средней продолжительности жизни на 4–6 лет.

В настоящее время ВОЗ установлены 7 основных факторов в области питания, направленных на преодоление риска несбалансированного питания:

- избегать переедания, а при избыточной массе тела снижать энергетическое потребление и увеличивать энергозатраты;
- увеличить потребление сложных углеводов и «натуральных» сахаров (фруктозы, лактозы) до 48% общей калорийности;
- снизить потребление рафинированных сахаров до 10% в общей калорийности;
- уменьшить потребление жира до 30% в общей калорийности за счет ограничения потребления мяса, яиц, использования обезжиренного молока;
- снизить потребление насыщенных жиров до 10% общего энергетического потребления;
- уменьшить потребление холестерина в день до 300 мг;
- ограничить потребление натрия, снизив прием соли до 5 г в день.

Следующий фактор риска нездоровья – это *курение*. В настоящее время курение превратилось в массовую эпидемию. Курят мужчины, курят женщины и дети. Больше и чаще курят лица молодого возраста и лица с низким уровнем образования. Установлена интересная закономерность: среди мужчин – чем ниже уровень квалификации, тем больше доля курильщиков, среди женщин – прямо противоположная тенденция, т.е. курящих женщин больше среди образованных и с высоким уровнем материального дохода. В последние годы у нас не наблюдается снижения числа курящих.

Установлено, что курение сокращает продолжительность жизни на 8–15 лет. Курение приводит к преждевременной смертности, учаща-

ет случаи внезапной смерти. Среди курящих уровень смертности на 70% выше, чем среди некурящих. Кроме того, курение является основной причиной возникновения ряда грозных заболеваний: злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легких, губ, пищевода, полости рта и глотки, сердца, эмфиземы и хронической обструктивной болезни легких; ишемической болезни сердца.

Смертность курящих от некоторых причин значительно превышает смертность некурящих. Так, курящие в 14 раз чаще умирают от хронического бронхита, в 8 раз чаще от рака легких, в 4 раза чаще от рака пищевода. По данным ВОЗ, в Европе ежегодно умирают от курения 1,2 млн человек. Независимо от болезней, связанных с курением, ежедневно умирают 1000 американцев.

В настоящее время с курением связывают 90% всех смертельных исходов от рака легких и бронхов, 85% – от бронхита и эмфиземы легких, 70% – от рака полости рта, 50% – от рака поджелудочной железы, 47% – от рака пищевого пузыря, 30% – от рака пищевода, 20% – от рака почек.

Следующий фактор риска – *употребление алкоголя*.

В различных странах насчитывается от 1 до 10% больных хроническим алкоголизмом. Однако это далеко не полные сведения, поскольку гораздо больше злоупотребляющих не регистрируются, никем и нигде не учитываются. Распространенность алкоголизма учитывается по косвенным данным – производству алкогольных напитков, числу лиц, состоящих на учете в медицинских учреждениях, уровню и структуре потребления спиртных напитков, величине медицинских и экономических потерь вследствие пьянства и алкоголизма.

По данным мировой статистики, 15% мужчин и 5% женщин регулярно употребляют алкоголь. Из этого числа 3–6% становятся больными хроническим алкоголизмом. В США, по данным опроса Института Гэллапа, 68% населения злоупотребляют спиртным.

Чаще употребляют алкоголь лица трудоспособного возраста, рабочие по сравнению со служащими, жители больших городов, лица с низким уровнем образования, разведенные.

С биологической точки зрения женщины более уязвимы, чем мужчины, по отношению к алкоголю. Так, если у мужчин процесс привыкания к алкоголю, заканчивающийся полной зависимостью от него, длится 10–15 лет, то у женщин он занимает всего 3–4 года. В одном и том же возрасте, при одинаковой массе тела, одинаковом потреблении алкоголя содержание алкоголя в крови у женщин всегда выше по сравнению с мужчинами, у них быстрее возникают тяжелые органические поражения. Тем не менее, число пьющих женщин постоянно растет. Об этом свидетельствуют приводимые во Франции данные о соотношении мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом: в 1790 г. – 1 женщина на 10 мужчин; в 1990 г. – 1 женщина на 2,3 мужчины.

Изучая алкоголизм как социально-гигиеническую проблему, Ю.П.Ливинский и Н.Я.Копыт классифицировали население на 3 группы:

1-я – лица, употребляющие алкогольные напитки редко, не чаще одного раза в месяц, и лица, не употребляющие спиртные напитки вообще;

2-я – лица, употребляющие алкогольные напитки умеренно (1–3 раза в месяц, но не чаще 1 раза в неделю);

3-я – злоупотребляющие алкоголем – чаще одного раза в неделю;

а) без признаков алкоголизма, т.е. лица, потребляющие алкоголь часто (несколько раз в неделю) в больших количествах;

б) с небольшими признаками алкоголизма – при наличии психической зависимости и изменений реактивности, чувствительности организма к алкоголю (влечение к алкоголю и состоянию опьянения, утрата контроля за качеством потребляемых напитков, повышение толерантности, восприимчивости и т.п.);

в) с выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности, абстинентный синдром и другие симптомы, вплоть до серьезных психических нарушений (алкогольный психоз).

Таким образом, в основе этой классификации лежит медико-социальный подход с использованием комплекса критериев: частоты и количества потребляемых алкогольных напитков, наличия и степени выраженности признаков психической и физической зависимости от алкоголя.

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, затрагивают не только самих пьющих, но также их семьи, окружение, общество.

Неизбежно отрицательное влияние употребления алкоголя на показатели здоровья. Так, злоупотребление алкоголем, по данным американских авторов, сокращает среднюю продолжительность жизни на 20 лет. Уровень смертности систематически пьющих в 2–3 раза выше, чем непьющих.

Структура причин смертности у лиц, злоупотребляющих алкоголем, имеет свои особенности.

В структуре причин смертности мужчин, злоупотребляющих алкоголем, на I месте стоят несчастные случаи, отравления и травмы (почти половина всех случаев смерти); на II месте – сердечно-сосудистые заболевания (30%); на III месте – злокачественные новообразования.

Имеются различия в уровне и структуре заболеваемости лиц, злоупотребляющих алкоголем. Уровень общей заболеваемости у больных, злоупотребляющих алкоголем, в 1,3 раза выше по сравнению с заболеваемостью всего населения.

Общезвестны многочисленные данные о связи злоупотребления алкоголем с бытовым и производственным травматизмом, отравлениями, убийствами и самоубийствами, со многими заболеваниями, психическими расстройствами.

Значительное распространение в последнее время в нашей стране получили наркомания и токсикомания.

В связи со значительным загрязнением окружающей среды возрастает значение такого фактора, как экологическое поведение. По данным Национального ракового центра США, 15% всех заболеваний раком вызваны

загрязнением окружающей среды. По данным ВОЗ, не менее 20% всех больных хроническим бронхитом и эмфиземой легких, проживающих в городах, своим страданием обязаны загрязнению воздуха в них. Одна миллиардная койка из каждых четырех в мире занята больными, ставшими жертвами загрязнения воды.

Мы остановились лишь на некоторых факторах риска, и действуют эти факторы не изолированно, а взаимосвязанно. Это значительно усиливает их неблагоприятный эффект на здоровье. Так, курение повышает риск онкологического заболевания в 1,5 раза, злоупотребление алкоголем – в 1,2 раза, совместное воздействие этих факторов повышает риск онкологического заболевания в 6 раз.

Тем не менее вычленение отдельных факторов риска оправданно не только в медицинском, но и в организационном плане, так как определение ведущего звена возникновения и развития заболеваний позволяет правильно и эффективно осуществлять меры профилактики и раннего лечения, сосредоточить усилия и средства на ограничение действия определенных факторов риска. Например, благодаря кампании сокращения и прекращения курения среди различных групп населения (например, врачей Великобритании, США) значительно сокращена (на 40% и более) смертность от злокачественных опухолей легких и бронхов.

По этому же пути идут ученые Российского кардиологического научно-производственного комплекса МЗ РФ, разработавшие программу вторичной профилактики болезней сердца и сосудов, включающую устранение факторов риска, а также медикаментозные средства снижения артериальной гипертензии.

Одним из важнейших критериев здорового образа жизни является медицинская (профилактическая) активность, которая складывается из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских рекомендаций, посещения медицинских учреждений, осмотров, диспансеризации. Это степень реализации медицинских знаний в повседневной жизни человека. Профилактическая активность – это комплексный показатель, при оценке которого учитывается наличие или отсутствие вредных для здоровья привычек: курения, употребления алкоголя, гиподинамии, соблюдения режима труда, отдыха, питания, правил техники безопасности, раннее обращение к врачу с профилактической целью, выполнение медицинских предписаний и назначений.

Таким образом, в современных условиях снижение заболеваемости и смертности, улучшение здоровья в значительно большей степени зависят от изменений образа жизни, условий жизни, окружающей среды, чем от специфических медицинских функций (лечение, медицинская профилактика, медицинская реабилитация).

Сегодня терпит крах система здравоохранения, которая ставит своей задачей лечение болезней только с помощью лекарственных препаратов, прибывая от такого действенного средства профилактики и лечения заболеваний, как физическая культура, здоровый образ жизни, труда и отдыха.

Оплата труда работников здравоохранения на основе единой тарифной сетки

Существовавшая длительное время система оплаты труда на основе единой тарифной сетки предполагала, прежде всего, использование принципов повременной оплаты труда. Расчет суммы должностного оклада производился путем умножения ставки первого разряда на тарифный коэффициент, соответствующий присвоенному работнику разряду оплаты, который определялся должностью, квалификацией и сложностью выполняемых работ (всего насчитывалось 18 разрядов). Врачам-интернам принадлежал наименьший врачебный разряд – 9.

Ставки и оклады, определяемые на основе единой тарифной сетки:

Разряды оплаты труда	1	2	3	4	5	6	7			
Тарифные коэффициенты	1,00	1,11	1,23	1,36	1,51	1,67	1,84			
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2,02	2,22	2,44	2,68	2,89	3,12	3,36	3,62	3,90	4,20	4,50

Разряд руководителя определялся по группам оплаты труда: в амбулаторно-поликлинических учреждениях он определялся в зависимости от числа врачебных должностей, в стационарах – в зависимости от числа сметных коек.

Данная система оплаты труда предусматривала также повышение оклада за квалификацию (наличие квалификационной категории, ученой степени, почетного звания), за условия работы (в том числе с сельской местности), а также доплаты (за работу в ночное время, выходные и праздничные дни, расширение зоны обслуживания, совмещение профессий, разделение смены на части), надбавки (за стаж и выполнение особо важных работ) и премии.

Принципы оплаты труда работников бюджетных медицинских организаций в настоящее время определяются Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.08.2008 г. №583 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений». Данное постановление предусматривает единые принципы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, находящихся на бюджетном финансировании, и порядок формирования должностных окладов (ставок), а также выплат компенсационного и стимулирующего характера, предусмотренных действующим законодательством.

Системы оплаты труда работников федеральных государственных учреждений (далее – учреждения) устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права, в том числе Положением об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.08.2008 г. №583.

Системы оплаты труда работников учреждений устанавливаются и изменяются с учетом:

а) единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих;

б) единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих;

в) государственных гарантий по оплате труда;

г) перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях, утверждаемого федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда;

д) перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях, утверждаемого федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда;

е) примерных положений об оплате труда работников учреждений по видам экономической деятельности, утверждаемых федеральными государственными органами и учреждениями – главными распорядителями средств федерального бюджета;

ж) мнения представительного органа работников.

Размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы устанавливаются с учетом обеспечения их дифференциации в зависимости от требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, сложности выполняемых работ на основе квалификационных групп профессий рабочих и должностей служащих, утверждаемых федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

В положениях об оплате труда работников учреждений необходимо предусматривать конкретные размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы по должностям работников, отнесенным к соответствующим профессиональным квалификационным группам и квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп.

В трудовом договоре работника следует предусматривать конкретный размер тарифной ставки, оклада (должностного оклада), ставки заработной платы, устанавливаемый за исполнение трудовых (должностных) обязан-

ностей за календарный месяц либо за установленную норму труда (норму часов педагогической работы на ставку заработной платы).

В трудовые договоры работников в случаях выполнения ими работ в условиях, предусмотренных в настоящем пункте, включаются также следующие **компенсационные выплаты**:

а) повышенная оплата работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и/или опасными и иными особыми условиями труда;

б) доплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе), а также при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных;

в) доплаты за работу в ночное время;

г) выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями – районные коэффициенты, коэффициенты к заработной плате, а также процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в южных районах Восточной Сибири;

д) процентная надбавка за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречивание и рассекречивание, а также за работу с шифрами.

Размеры выплат компенсационного характера не могут быть ниже размеров, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права.

Размеры и условия осуществления выплат стимулирующего характера устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами на основе формализованных критериев определения достижимых результатов работы для всех категорий работников учреждений, измеряемых качественными и количественными показателями.

В трудовые договоры включаются условия о следующих **выплатах стимулирующего характера**:

- выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;
- выплаты за качество выполняемых работ;
- выплаты за стаж непрерывной работы в учреждении, выслугу лет;
- премиальные выплаты по итогам работы.

В случаях, когда выплаты стимулирующего характера и их размеры зависят от установленных в учреждении показателей и критериев, в трудовом договоре работника допускается ссылка на локальный акт, регулирующий порядок осуществления таких выплат.

Заработная плата руководителей учреждений, их заместителей и главных бухгалтеров состоит из должностного оклада, выплат компенсационного и стимулирующего характера.

Должностной оклад руководителя учреждения определяется трудовым договором и устанавливается в размере, не превышающем 8-кратного размера средней заработной платы работников, включенных в перечни долж-

ностей и профессий работников учреждений, относящихся к основному персоналу по видам экономической деятельности, утверждаемые федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

Должностные оклады заместителей руководителей и главных бухгалтеров учреждений устанавливаются на 10–30% ниже должностных окладов руководителей этих учреждений.

Исчисление размера средней заработной платы для определения размера должностного оклада руководителя учреждения осуществляется в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

Выплаты компенсационного характера устанавливаются для руководителей учреждений, их заместителей и главных бухгалтеров в процентах к должностным окладам или в абсолютных размерах, если иное не установлено федеральными законами или указами Президента Российской Федерации.

Федеральные органы исполнительной власти (государственные органы) – главные распорядители средств федерального бюджета, в ведении которых находятся учреждения, могут устанавливать руководителям этих учреждений выплаты стимулирующего характера.

Фонд оплаты труда работников учреждения формируется на календарный год, исходя из объема лимитов бюджетных обязательств федерального бюджета, субсидий из федерального бюджета, средств бюджетов государственных внебюджетных фондов и средств, поступающих от приносящей доход деятельности.

Средства на оплату труда, поступающие от приносящей доход деятельности (по решению федерального государственного органа, являющегося главным распорядителем средств федерального бюджета, – также средства государственных внебюджетных фондов), направляются государственными учреждениями на выплаты стимулирующего характера, если иное не установлено федеральным законом.

Средства на оплату труда, формируемые за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, могут направляться учреждением на выплаты стимулирующего характера, на которые рекомендуется направлять не менее 30% средств, предусмотренных фондом оплаты труда учреждения.

Заработная плата работников учреждений (без учета премий и иных стимулирующих выплат) при изменении системы оплаты труда не может быть меньше заработной платы (без учета премий и иных стимулирующих выплат), выплачиваемой работникам до ее изменения, при условии сохранения объема должностных (трудовых) обязанностей работников и выполнения ими работ той же квалификации.

О порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга)

Действующая в настоящее время система оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, подчиненных Комитету по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, была внедрена в 2006 г. Положение о порядке оплаты труда было разработано на основании «Закона Санкт-Петербурга от 05.10.2005 г. №531-74 «О системе оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» и постановления Правительства Санкт-Петербурга от 01.11.2005 г. №1673 «О системах оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга». Положение периодически пересматривается, и с 2017 г. действует «Положение о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга», утвержденное распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 26.08.2016 г. №332-р.

Положение предусматривает единые принципы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, находящихся на бюджетном финансировании, а также выплат компенсационного и стимулирующего характера, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Номенклатура должностей медицинского и фармацевтического персонала учреждений здравоохранения определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Оплата труда работников по совместительству, по замещаемым 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 сдельных расценок, доплат, надбавок и выплат компенсационного характера, предусмотренных действующими нормативными актами с учетом особенностей, определяемых данным Положением.

Определение размеров заработной платы по основной и замещаемой должностям (видам работ), а также по должности, занимаемой в порядке совместительства, производится раздельно по каждой из должностей (виду работ).

Заработок работника предельными размерами не ограничивается.

Положением определены также основные понятия в сфере оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения.

Заработная плата – вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также выплаты компенсационного и стимулирующего характера.

Окладная система оплаты труда (далее ОСОТ) – совокупность окладов, надбавок к ним и доплат, установленных за выполнение трудовых обязанностей и норм труда в соответствии с базовым коэффициентом и коэффициентами надбавок и доплат.

Базовая единица – величина, принимаемая для расчета должностных окладов и тарифных ставок (окладов) работников государственных учреждений, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга. Она устанавливается Законом Санкт-Петербурга о бюджете города на очередной финансовый год. Размер базовой единицы с 01.01.2017 г. составляет 10 547 руб., а с 01.01.2018 г. должен составить 11 285 руб.

Базовый коэффициент – относительная величина, зависящая от уровня образования и применяемая для определения базового оклада.

Базовый оклад – размер оплаты труда работника, рассчитанный как произведение базовой единицы на базовый коэффициент.

Повышающий коэффициент – относительная величина, определяющая размер повышения базового оклада.

Должностной оклад – минимальный уровень оплаты труда работника, относящегося к конкретной профессионально-квалификационной группе, выплачиваемый при соблюдении установленной трудовым законодательством Российской Федерации продолжительности рабочего времени либо выполнении нормы труда, выполнении работы с определенными условиями труда.

Тарифная сетка – совокупность тарифных разрядов работ (профессий, должностей), определенных в зависимости от сложности работ и квалификационных характеристик работников с помощью тарифных коэффициентов.

Тарифная ставка (оклад) – фиксированный размер оплаты труда работника за выполнение нормы труда (трудовых обязанностей) определенной сложности (квалификации) за единицу времени.

Доплаты – дополнительные выплаты к окладам, носящие компенсационный характер (за дополнительные трудовые затраты работника, которые связаны с условиями труда, характером отдельных видов работ).

Надбавки – дополнительные выплаты к окладам, носящие стимулирующий характер (могут быть постоянными или временными).

Порядок формирования должностных окладов

Размер базового оклада руководителя, специалиста и служащего государственного учреждения, финансируемого за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, устанавливается как произведение базовой единицы на базовый коэффициент.

Повышающие коэффициенты к базовому окладу устанавливаются исходя из стажа работы (коэффициент стажа работы), условий труда, типов, видов учреждений и их структурных подразделений, занимаемой должности (коэффициент специфики работы), квалификации (коэффициент квалификации), масштаба и сложности руководства учреждением (коэффициент

масштаба управления) и должности, занимаемой в системе управления учреждением (коэффициент уровня управления).

Для определения размера должностного оклада **руководителей учреждений и структурных подразделений** применяются следующие повышающие коэффициенты к базовому окладу: коэффициент специфики работы, коэффициент квалификации, коэффициент масштаба управления и коэффициент уровня управления.

Для определения размера должностного оклада специалистов применяются следующие повышающие коэффициенты к базовому окладу: коэффициент стажа работы, коэффициент специфики работы и коэффициент квалификации.

Базовый оклад

Базовый оклад работника исчисляется по формуле:

$$B_0 = B \cdot K_6,$$

где B_0 – размер базового оклада работника; B – величина базовой единицы, устанавливаемая правительством Санкт-Петербурга при утверждении бюджета Санкт-Петербурга на очередной финансовый год; K_6 – базовый коэффициент ОСОГ – коэффициент уровня образования работника.

Образовательному уровню работника с основным общим образованием присваивается коэффициент 1,0. Для уровней образования выше неполного среднего устанавливаются повышающие коэффициенты.

Базовый коэффициент устанавливается для каждого уровня образования в размерах, приведенных в таблице 34.1.

Таблица 34.1. Величина базового коэффициента в зависимости от уровня образования

Основание для повышения величины базовой единицы	Величина базового коэффициента		
	Руководители	Специалисты	Служащие
Высшее профессиональное образование, подтверждаемое присвоением лицу, успешно прошедшему итоговую аттестацию, квалификации «магистр» или «дипломированный специалист»	1,50	1,50	1,50
Высшее профессиональное образование, подтверждаемое присвоением лицу, успешно прошедшему аттестацию, квалификации «бакалавр»	1,40	1,40	1,40
Неполное высшее образование; среднее профессиональное образование*	1,20	1,20	1,20
Начальное профессиональное образование**	1,08	1,08	1,08
Среднее (полное) общее образование	1,04	1,04	1,04
Основное общее образование	1,00	1,00	1,00

* В здравоохранении после III курса медицинского вуза.

** Аттестат профессионально-технического училища, лицея.

При расчете заработной платы применяется коэффициент образования, соответствующий требованиям, предъявляемым к занимаемой должности.

В случае, если занимаемая должность не требует высшего (полного или неполного) или среднего профессионального образования, по должностям, занимаемым лицами с высшим (полным или неполным) или средним профессиональным образованием, применяется коэффициент, соответствующий среднему (полному) общему образованию.

Размер базовой единицы утверждается ежегодно законом о бюджете Санкт-Петербурга. На 01.01.2017 г. она составляла 10 547 руб., с 01.01.2018 г. размер базовой единицы составил 11 285 руб.

Повышающие коэффициенты

Коэффициент стажа работы (K1)

Для работников учреждений здравоохранения устанавливаются 5 стажевых групп (с подгруппами) в зависимости от продолжительности работы (табл. 34.2).

Коэффициент стажа не распространяется на руководителей всех уровней управления здравоохранением и рабочих.

На старших врачей, провизоров, фармацевтов, фельдшеров, акушеров, медсестер, зубных техников (которые в соответствии с Номенклатурой должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим профессиональным образованием в учреждениях здравоохранения не относятся к категории руководителей) коэффициент стажа распространяется.

Абсолютный размер повышения исчисляется по формуле:

$$AK1 = B_0 \cdot K1,$$

где $AK1$ – абсолютный размер повышения по данному основанию (по $K1$); B_0 – базовый оклад; $K1$ – коэффициент повышения по стажу.

В соответствии с подгруппой 1 устанавливаются коэффициенты стажа для следующих категорий работников:

- врачи, провизоры;
- специалисты с немедицинским образованием.

В соответствии с подгруппой 2 устанавливаются коэффициенты стажа для следующих категорий работников:

Таблица 34.2. Коэффициент стажа (K1)

Группы	Подгруппы	
	1	2
Стаж до 2 лет	0,15	0,15
Стаж от 2 до 5 лет	0,38	0,27
Стаж от 5 до 10 лет	0,43	0,31
Стаж от 10 до 20 лет	0,45	0,33
Стаж 20 лет и более	0,50	0,35

- средний медицинский и фармацевтический персонал;
 - служащие.
- В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 26.08.2016 г. №332-р «Об утверждении Положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга» в стаж работы засчитывается:
- время работы как по основной работе, так и работе по совместительству на любых должностях, в том числе на должностях врачей и провизоров-интернов, врачей и провизоров-стажеров в медицинских организациях независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, социальной защиты населения, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Санкт-Петербургу и образования (независимо от перерывов в работе);
 - время пребывания в интернатуре на базе клинических кафедр высших медицинских образовательных учреждений;
 - время пребывания в клинической ординатуре, а также в аспирантуре и докторантуре по клиническим и фармацевтическим дисциплинам в высших учебных образовательных и научно-исследовательских учреждениях;
 - время работы в централизованных бухгалтериях при органах и учреждениях здравоохранения;
 - время выполнения в учреждениях здравоохранения лечебно-диагностической работы, заведование отделениями и дополнительные дежурства, осуществляемые работниками государственных медицинских высших образовательных учреждений, в том числе учреждений дополнительного медицинского образования, и научных организаций клинического профиля;
 - время работы на должностях руководителей и врачей службы милосердия, медицинских сестер милосердия, в том числе старших и младших, общества Красного Креста и его организаций;
 - время работы как по основной работе, так и по совместительству на врачебных и фельдшерских здравпунктах, являющихся структурными подразделениями предприятий (учреждений и организаций) независимо от формы собственности;
 - время службы (работы) в военно-медицинских учреждениях (подразделениях) и на медицинских (фармацевтических) должностях в Вооруженных силах СССР, СНГ и Российской Федерации, а также в учреждениях здравоохранения системы КГБ, ФСБ России, МВД России, ГАПСИ, ФСЖВ России, СВР России, ФПС России и ФСНП России, ГТК России, Минюста России;
 - время нахождения на действительной военной службе (в органах внутренних дел) лиц офицерского состава (рядового и начальствующего состава органов внутренних дел), прапорщиков, мичманов и военнослужащих сверхсрочной службы, уволенных с действитель-

- ной военной службы (из органов внутренних дел) по возрасту, болезни, сокращению штатов или ограниченному состоянию здоровья;
 - время работы в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения в период учебы студентам медицинских высших и средних образовательных учреждений независимо от продолжительности перерывов в работе, связанных с учебой;
 - время работы в приемниках-распределителях МВД России для лиц, задержанных за бродяжничество и попрошайничество;
 - время службы в Вооруженных силах СССР, органах внутренних дел и государственной безопасности СССР и пребывание в партизанских отрядах в период Великой Отечественной войны, а также выполнения интернационального долга, в том числе нахождения военнослужащих в плену, при наличии справки военкомата.
- При исчислении стажа работы учитываются номенклатуры учреждений и должностей, действующие в тот период, за который рассчитывается стаж.
- Кроме того, при условии, если нижеперечисленным периодам предшествовали и за ним непосредственно следовали указанные выше виды работ, в стаж засчитывается:
- время работы на выборных и штатных должностях в органах законодательной, исполнительной власти и в профсоюзных органах;
 - время, когда работник фактически не работал, но за ним сохранялось место работы (должность), а также время вынужденного прогула при неправильном увольнении или переводе на другую работу и последующем восстановлении на работе;
 - время работы в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения стран СНГ, а также республик, входивших в состав СССР до 01.01.1992 г.;
 - время по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

Коэффициент специфики работы (K2)

Абсолютный размер повышения исчисляется по формуле:

$$AK2 = B_0 \cdot K2,$$

где AK2 – абсолютный размер повышения по данному основанию (по K2); B₀ – базовый оклад; K2 – коэффициент специфики работы.

Коэффициенты специфики работы включают в себя коэффициенты, отражающие опасные для здоровья и тяжелые условия труда (вредность), и коэффициенты, отражающие прочие условия, определяющие коэффициент специфики.

Например, для оперирующих хирургов и анестезиологов-реаниматологов установлены коэффициенты специфики работы с учетом сложности и объема выполняемых операций. Все специалисты разделены на 3 группы: выполняющие высокотехнологичные операции, выполняющие экстренные операции (кроме ВТМП), выполняющие плановые операции (кроме ВТМП). Для сердечно-сосудистого хирурга, отнесенного к первой группе,