

Геннадий Шабалин: Привлечь кадры в медицину — задача невероятно сложная

*Председатель
Пермской краевой организации профсоюза работников здравоохранения
поделился своим видением проблем отрасли*

Татьяна Власенко

— Геннадий Алексеевич, накануне Дня медицинского работника вы объехали с инспекцией несколько территорий края. Каков диагноз?

— Ситуация очень разная: где-то более благополучная, где-то менее. Но налицо одна общая проблема — кадры. 10 лет назад в Прикамье было кому лечить больных, но не было ни оборудования, ни денег на медикаменты, ни питания. Сегодня в системе здравоохранения ситуация обратная: есть чем лечить, а врачей и медсестёр нет.

Медикаментов достаточно (в районах практически нет жалоб на то, что больные стационаров вынуждены сами покупать лекарства). Есть хорошее оборудование, некоторые районы имеют даже компьютерные томографы. По сравнению с тем, что было 10 лет назад, сегодняшнее оснащение — сказка. Неувязка одна — работать некому.

В Индустриальном районе Перми главный врач докладывает: чтобы выполнить запланированный объём оказания помощи, требуется в два раза больше специалистов (укомплектованность врачебным персоналом составляет 56%, из них 70% — люди пенсионного возраста).

И так практически повсеместно. Привлечь кадры — задача невероятно сложная. Те, кто нашёл себя в другом месте, вряд ли вернутся, даже если начать поднимать заработную плату более высокими темпами, чем заложено в программе.

— К тому же они, возможно, потеряли квалификацию...

— Кто не ушёл из системы здравоохранения, тот не потерял. А те, кто расстался с медициной, — безусловно. Сегодня всё изменилось: новые технологии, новые медицинские стандарты, да и требования к медицинскому работнику очень высоки.

— Вы считаете, что проблема нехватки медицинских кадров возникла из-за низкой заработной платы?

— Зарплата — лишь одна из составляющих. Кроме оплаты труда есть ещё две: социальный пакет и корпоративный дух в коллективе. Всё это сегодня в дефиците.

Так, социального пакета в государственном здравоохранении практически нет. Есть специальности, где, чтобы доктор не нажил профессиональных заболеваний, ему установят покороче рабочий день и дадут дополнительный отпуск. И всё. А в

прежние времена медработники имели право на внеочередное получение жилья, у них была возможность устроить ребёнка в детский сад. Раньше они имели право на внеочередное медицинское обслуживание, а теперь нет. А ведь в медицине есть такие высокотехнологичные и дорогостоящие виды медицинской помощи, где это просто необходимо.

Профсоюз работников здравоохранения совместно с Национальной медицинской палатой разработали проект, предусматривающий социальный пакет для медработников, и направили в федеральное правительство. Ждём результата. Однако что-то можно сделать и на уровне региона, но главное — должны быть федеральные гарантии.

В настоящее время обсуждается вопрос об отмене досрочных пенсий, которые, впрочем, до 2015 года обещали сохранить. И это явно скажется не лучшим образом на привлечении медиков в систему. А в медицине ведь как: халат надел — уже имеешь право досрочного выхода на пенсию. Работа с больным человеком требует колоссальных физических и психологических затрат, и в этом смысле она действительно «вредная». Тем более в нынешней ситуации.

Я разговаривал с доктором, который при норме приёма в 16 человек ежедневно принимает по 32. С его слов, в Краснокамске на 25 участках работают, фактически, восемь врачей. Один из председателей профкома на рабочем месте с 8.00 и до 20.00, пять дней в неделю, и просит, чтобы его освободили от общественной нагрузки.

Человек не может жить только работой. Многое значит корпоративный дух, который должен быть в коллективе. Кое-что в этом направлении, конечно, делается. Так, недавно прошла Спартакиада муниципальных медицинских учреждений Перми. Главные врачи вышли, чтобы поддержать свои коллективы. Но этого недостаточно.

— А что можно сказать о главной составляющей — заработной плате?

— Она разная. Вряд ли имеет смысл говорить о «средней температуре по больнице». Оплата труда зависит от территории, от эффективности работы того или иного коллектива.

Сегодня система здравоохранения не получает деньги по смете, а зарабатывает их в системе ОМС. Сколько заработал — столько получил. А если страховщики проверили и нашли нестыковку, так можно ещё и потерять.

Хорош или плох этот принцип, но нужно играть по действующим правилам, уметь не нарушить закон и заработать по максимуму.

Минимальная базовая ставка у врача сегодня 4-6 тыс. руб., в зависимости от категории. У участкового врача — плюс 10 тыс. руб., которые идут с 2007 года по национальному проекту «Здоровье» (в него входят участковая служба, ФАПы, скорая помощь). Плюс стажевые и стимулирующие выплаты. То есть с учётом совмещения на 1,5–2 ставки ежемесячная зарплата врача, который вошёл в федеральную программу, может быть и 20 тыс. руб., и 40 тыс. руб.

Есть специальности, где нет выплат, предусмотренных национальным проектом. Для них ищем другие пути повышения оплаты труда. Так, в крае действует пилотный проект, предусматривающий доплаты хирургам за операции. Есть аналогичная пилотная программа для педиатров, работающих в детских стационарах.

Мы постоянно рассматриваем доплаты тем категориям медработников, которые пока остались «за бортом».

На сегодняшний день с учётом средств, которые пришли из федерального центра по модернизации, край неплохо обеспечен финансами. Четыре месяца, с февраля по май, край наращивал стоимость тарифа в системе ОМС.

Второй вопрос: как эти средства справедливо распределить? В медучреждениях есть врачи, которые зарабатывают до 15 тыс. руб. в месяц, а есть зарабатывающие более 50 тыс. руб. У среднего персонала зарплата колеблется от 6–7 тыс. руб. до 30 тыс. руб.

То есть речь идёт о распределении средств внутри самой системы. Перераспределение внутри учреждения — это работа администрации и профсоюза.

Контролировать ситуацию с заработной платой могут сегодня все. На сайте выложены данные в разрезе субъектов Федерации, конкретных лечебных учреждений. Это позволил сделать указ президента РФ №597.

Мы встречаемся с руководителями медучреждений, пытаемся объяснить, как избежать социальной напряжённости в коллективах.

Другое дело, что сама база очень низкая, большая часть зарплаты приходится на стимулирующие выплаты. Надо наращивать базовую часть. С января её уже подняли на 25%, с июля она вырастет ещё на 10%.

— Сколько это составляет в денежном выражении?

— У врача «база» была 4,5 тыс. руб., с января стало 5,6 тыс. руб. Сейчас к этой сумме добавится ещё 560 руб. Конечно, это мизер. Систему нужно менять в корне, Федерация должна установить базовые оклады, единые по всей стране, чтобы этим занимался не субъект Федерации на своё усмотрение.

Кстати, президентский указ заложил неплохие принципы соотношения заработной платы бюджетника к средней заработной плате в регионе. Если средняя зарплата на территории составляет 21 тыс. руб., то с коэффициентом 1,3 у врача она должна быть не менее 27 тыс. руб. Но проблема в том, что субъекты разные. Есть, к примеру, Орёл, где средняя зарплата — 17 тыс. руб., а есть Тюменская область (46 тыс. руб.).

Исходя из таких стандартов, у медработников с одним и тем же уровнем образования при выполнении аналогичных функций уровень заработной платы будет совершенно разный. Это гарантирует мощный переток кадров с тех территорий, где низкая оплата труда, туда, где она высока.

— Процесс уже пошёл?

— Наши медики охотно едут работать в Екатеринбург, где заплата выше на 30–40%. А по некоторым позициям разница ещё больше. Мы теряем таким образом много коллег.

По данным Пермской медицинской академии, выпускники вуза практически все трудоустроены, но в пределах края в муниципальном и государственном здравоохранении их мало. Понятно, что молодёжь оценивает перспективы.

Дефицит кадров не только в Прикамье, но в целом по стране. Цифры называются разные, но мне более объективной видится цифра в 143 тыс. врачей и 800 тыс. медицинских сестёр, которых не хватает системе.

Например, краю для того чтобы укомплектовать систему требуется несколько тысяч врачей. Если мы не сможем переломить ситуацию и удержать тех, кто есть, а большого притока ожидать очень трудно, нас ждут большие неприятности.

У нас порой один анестезиолог работает на весь район. Он «невъездной», потому что круглый год находится на дежурстве. Вот в этом проблема. Всё остальное — «железо», препараты, технологии — можно приобрести, а чтобы выучить врача, нужны долгие годы. Потеря каждого специалиста в дальнейшем будет обходиться всё дороже.