

Уважаемая Татьяна Николаевна!

Уважаемые коллеги!

Ровно год назад в Новосибирске состоялся координационный совет уполномоченных по правам человека Сибири, где был рассмотрен вопрос: «Реализация прав граждан в сфере здравоохранения в Сибирском федеральном округе». Нами двигало не чистое любопытство, а статистика обращений, которая свидетельствовала о неуклонном росте озабоченности сибиряков качеством медицинского обслуживания.

Проведенный анализ выявил главный триггер этих настроений – недоступность медицинской помощи в первичном звене, точнее – невозможность попасть на прием к врачу узкой специальности в разумные сроки. Нередко сроки записи населения на прием к врачам районной больницы составляют 14 и более дней. Что, в свою очередь, указывает на проблемы кадрового обеспечения нашего здравоохранения.

Этим вопросам и посвящена тема моего сегодняшнего выступления. Готовясь к нему я, прежде всего, решил проверить, масштабируется ли проблема на всю страну или это какая-то наша «сибирская специфика». С этой целью вам всем был направлен запрос о ситуации с кадровым обеспечением здравоохранения в ваших регионах. Было получено 70 ответов, за которые я благодарю вас, уважаемые друзья.

Мы получили значительный массив цифрового материала, обработав который, пришли к однозначному выводу – кадровая проблема является системной проблемой для всего российского здравоохранения, за исключением Мордовии и Липецкой области. В остальных субъектах РФ ситуация варьирует в широких пределах в зависимости от региона, но дефицит врачей есть везде. Скажем, Москва ожидаемо показала менее 3% вакансий врачей, Югра – 3,5%, Ямало-ненецкий округ, Сахалинская область – около 5%. К сожалению, опыт этих регионов по понятным причинам нельзя распространить на другие территории. На другом полюсе Пензенская область

и Республика Алтай, где не закрыто треть вакансий. Чукотский Автономный округ - почти 37% незакрытых вакансий.

Если смотреть по федеральным округам, в Дальневосточном средний показатель дефицита врачей – более 25%. По Сибири – около 27%, Урал – около 24%, Приволжский – 25%, Северо-Западный - 27%, Центральный – более 25%, Южный – 28%, Северный Кавказ – 22%. В среднем по стране мы получили итоговый показатель дефицита врачей в 25,7 %.

Смею утверждать, что на земле дела обстоят еще более сложно, чем на бумаге. В последние годы проблемы здравоохранения стали предметом пристального внимания со стороны надзорных и контрольных органов. Постоянные проверки, предписания, уголовные дела в отношении организаторов здравоохранения привели с одной стороны к тому, что в ряде регионов по году не могут назначить отраслевых министров и главных врачей, с другой – к попыткам управленцев скрыть истинный масштаб кадровых проблем отрасли путем хитроумных реорганизаций и перераспределений ставок. Так можно процентов на 5 улучшить отчетность, но врачей это не добавляет. Поэтому рискну предположить, что в среднем по стране мы имеем реальный дефицит врачей в 30%. Справедливости ради должен сказать, что со средним и младшим медицинским персоналом дела обстоят значительно лучше. Выручают мигранты.

Однако и это еще не все. Корпус российских медиков стремительно стареет. Ядро его до недавнего времени составляли врачи, получившие свои дипломы еще в советское время. Скажем, в Еврейской автономной области численность врачей старше 55 лет составляет около 49 процентов, на Чукотке, в Калининградской и Ивановской областях – около 42, в Новгородской области – около 38%. В среднем по стране порядка 26% врачей – старше 55 лет. Понятно, кто-то будет работать и до 70-и, но следует учитывать, что есть много медицинских специальностей с повышенной вредностью, где на пенсию уходят намного раньше. Значительную часть

медиков составляют женщины, они также выходят на пенсию раньше. Все это означает, что в ближайшие 5-7 лет дефицит врачей в России может достигнуть уровня 40-45%. Называя вещи своими именами – в ближайшее десятилетие, при сохранении текущих тенденций, нам грозит кадровый коллапс отечественного здравоохранения.

Говоря о причинах сложившейся ситуации, коллеги отметили 4 главные фактора:

- отток медицинских кадров в регионы с более привлекательными условиями труда, заработной платой и условиями для профессионального роста - 32 региона;

- отток кадров в негосударственную медицину и в немедицинские отрасли в связи с низкой оплатой труда, высокими нагрузками и повышенной ответственностью – 17 регионов;

- естественная убыль медицинских работников (нарастание процента медработников пенсионного и предпенсионного возраста без соответствующего замещения новыми кадрами) – 18 регионов;

- отказ выпускников медвузов от исполнения обязательств по договорам целевого назначения – 18 регионов.

При всем многообразии ваших, уважаемые друзья, предложений по решению этих проблем они также сводятся к четырем основным подходам. Первый я бы назвал так «зальем проблему деньгами». Это увеличение мер социальной поддержки медицинских работников (компенсационные выплаты, доплаты к заработной плате, решение жилищного вопроса, расширение программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» за счет федерального и региональных бюджетов и т.д. – 39 коллег. Еще пятеро предлагают создать в сельских и отдаленных муниципальных образованиях настолько привлекательную социальную инфраструктуру, чтобы туда поехали молодые врачи. Это, естественно, также требует капиталовложений. Таким образом, 44 из нас во главу угла ставят «монетарный подход».

Второй по числу сторонников подход связан с необходимостью изменений в области профессионального образования и трудоустройства молодых специалистов. В частности, о наращивании мощности медВУЗов, увеличении количества там бюджетных мест, увеличении стипендий для будущих медиков, обучающихся по целевому набору и пр. заявили коллеги из 16 регионов. Еще 14 поставили вопрос о совершенствовании правовых механизмов принуждения выпускников целевого обучения к исполнению обязательств по трудоустройству.

Еще одна группа предложений направлена на повышение престижа медицинской профессии, включая раннюю профориентацию – 13 коллег посчитали это важным.

Наконец, пятеро обратили внимание на повышении «штабной культуры» здравоохранения - оптимизации штатных расписаний в медучреждениях, научному прогнозу и планированию потребностей в кадрах медработников, снижению бюрократизации работы врача.

Теперь позвольте высказать несколько собственных соображений. В чем главная причина кадрового кризиса? Мы унаследовали от советского времени мощную систему всеобщей бесплатной медицинской помощи, равной которой не смогла создать ни одна страна мира. Под это была заточена советская система массовой подготовки медицинских кадров и советская же система их профессиональной и человеческой мотивации.

Затем мы отказались от советской системы, переведя экономику на рыночные рельсы, но сохранив внутри рыночной экономики большой советский анклав в виде системы всеобщей медицинской помощи. Поначалу все шло неплохо. Мы научились рыночными методами строить новые больницы, оснащать их передовым оборудованием и медикаментами. Но вот беда – человека на тендере не отторгуешь. Советская система подготовки и мотивации медиков не существует, новой системы мы создать не

удосужились. 30 лет мы вели бой советскими патронами. Сейчас они заканчиваются. На рыночном бензине советский мотор глохнет.

Почему я не верю в монетарный подход. Идет жесточайшая конкуренция за кадры. Федеральное здравоохранение сражается с региональным, столица - с регионами, регионы между собой, губернские центры - со своими муниципальными образованияами, платные клиники - с бесплатными, военная медицина с гражданской и так далее. Каждый из игроков пытается создать более выигрышные условия, постоянно повышая ставки. В теории игр есть понятие игра с нулевой суммой, это когда выигрыш одних всегда означает проигрыш других. Догадайтесь с двух раз кто победит в схватке за медкадры между Москвой и Ивановской областью.

В перспективе эта увлекательная игра конечно может уравнивать зарплату врача с зарплатой космонавта, но тогда нам нечего будет сказать педагогам, правоохранителям и другим бюджетникам и отток кадров начнется оттуда. Может быть, хватит играть в дикий рынок в условиях человеческого дефицита и заняться нормальным государственным управлением?

Что имеется в виду. Первое. Обязательная отработка по распределению всех выпускников медвузов, обучавшихся на бюджетной основе. Срок – от трех до пяти лет. На новых и отдаленных территориях – до двух лет. Санкции за невыполнение - не рублем, а лишением диплома.

Второе. Конкурировать за кадры надо не внутри России, а на мировом рынке труда. Медицинские специалисты, прибывшие из других стран и подтвердившие соответствие своей квалификации российским требованиям, после пяти лет беспорочной работы в отечественном здравоохранении должны получать гражданство России, после 7 лет работы гражданство должны получать и члены их семей.

Третье. Наряду с существующим корпусом обычных врачей, введение в нашей стране института государственной медицинской службы, у которой должны быть три главные задачи:

- закрыть потребности всех силовых структур;
- обеспечить кадрами те сложные и отдаленные территории, куда обычный медик поехать не сможет или не захочет;
- подготовить пул главных врачей и организаторов здравоохранения.

При этом уровень социального и пенсионного обеспечения у служивых медиков должен быть аналогичен офицерам армии мирного времени.

А платная медицина пусть рекрутирует выпускников вузов, обучавшихся на коммерческой основе или отработавших распределение.

И, наконец, четвертое – в ближайшие пять лет надо как минимум на четверть нарастить мощности медвузов по подготовке врачей на бюджетной основе.

Спасибо за внимание.