

# Операция «Медицина»: реформа или проформа?

## ЕСТЬ МНЕНИЕ

Мы продолжаем разговор о реформе здравоохранения, который начали в номере от 25 января (статья «Доктор, где у вас болит?»).

Руководитель отраслевого профсоюза работников здравоохранения **Юрий ГАНЕЛИН:**

— Акцент, сделанный в национальном проекте на передний край фронта в первичном звене, в основном правильный. Давно это надо было сделать, особенно на селе, где зачастую врачебная помощь заменяется фельдшерской, не хватает участковых врачей и врачей общей практики, где сворачиваются поликлиники и стационары, заменяясь ФАПами (фельдшерско-акушерскими пунктами). А в итоге медицинская помощь не соответствует должному уровню. Но мы не достигнем цели, если разорвем единую цепь, откладывая реформирование здравоохранения в целом.

Мой 42-летний опыт работы показывает: одна из главных задач в модернизации здравоохранения — повышение престижности профессии медицинского работника, а отсюда — достойная оценка его труда. Десяток министров сменили друг друга, говоря об этом, а воз и ныне там. Чтобы заработать 3 — 5 тысяч рублей, врачу нужно работать на полторы-две ставки плюс дежурства по ночам. Что уж говорить о зарплате среднего медперсонала.

К сожалению, сейчас у ряда чиновников отраслевого министерства бытует мнение, что возможно увеличить зарплату за счет поиска внутренних резервов — сокращения штатов, ликвидации учреждений, коммерциализации медпомощи. Думается, это опасная точка зрения.

Остановлюсь на увеличении зарплаты первичному звену. Конечно, хорошо, что участковым врачам и медсестрам теперь будут доплачивать десять и пять тысяч рублей соответственно за выполнение дополнительного объема работ, а с июля доплату начнут получать и медработники скорой медицинской помощи, ФАПов, женских консультаций и роддомов. Однако здесь немало подводных камней.

Денежные выплаты участковым, педиатрам и врачам общей практики и соответствующим медсестрам устанавлива-

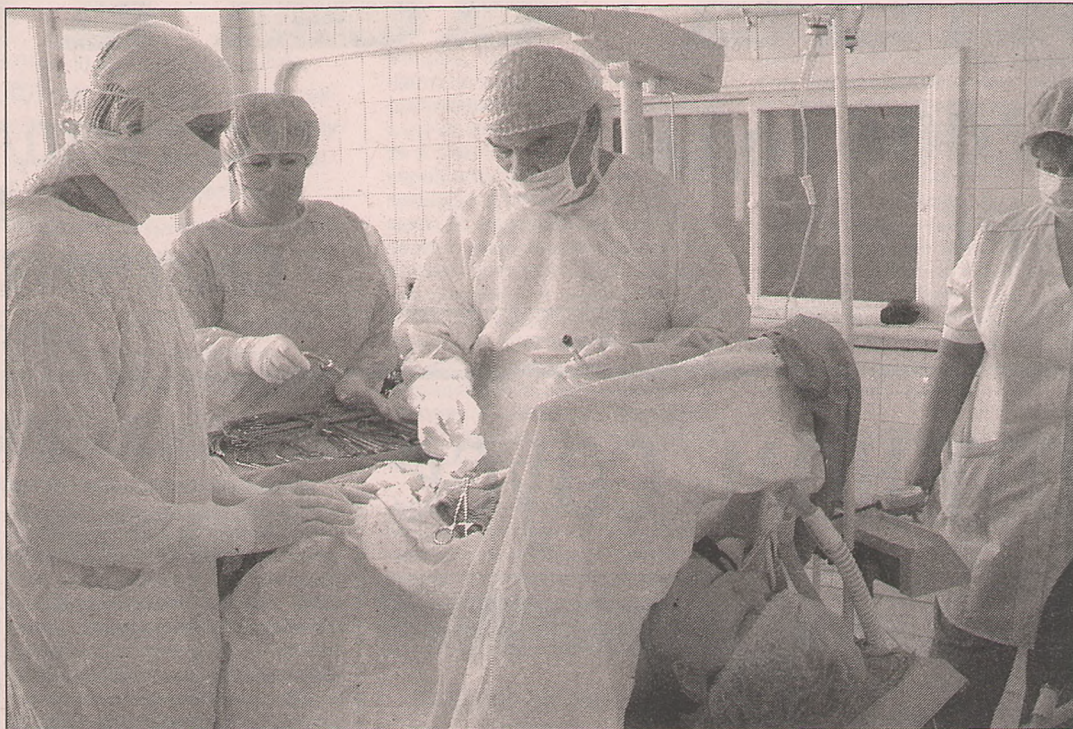


ФОТО ВЯЧЕСЛАВА ЮРИСОВА

ются в соответствии со ст. 56 Трудового кодекса, на основании срочных дополнительных договоров. И это при том, что вышеперечисленные работники уже связаны трудовыми договорами с работодателями. По Трудовому кодексу работодатель предоставляет работу, а работник обязуется выполнять определенную этим соглашением функцию... Так, в функциональных обязанностях врача-терапевта в соответствии с приказом по министерству уже определено, что среди прочих обязанностей он проводит мероприятия по диспансеризации взрослого населения на своем участке, раннему выявлению инфекционных заболеваний и т. д. И если доплату производят за увеличение объема и качества уже оказываемых ими медицинских услуг, предусмотренных трудовыми договорами, то это дает основание предполагать, что в рамках основного трудового договора эти услуги могут выполняться некачественно или не в полном объеме.

В случае, если участковому врачу вменяются иные виды работ (функции) либо расширяются их объемы, необходимо определить: за счет сокращения каких уже установленных функций они будут реализованы. То, что сегодня предлагается, — это повторение тех же обязанностей. В итоге может не быть достигнута цель реформы: повышение качества и эффективности работы специалистов.

Иначе говоря, получается парадокс: заключение двух договоров с одним и тем же работодателем на выполнение одних и тех же функций в одно и то же рабочее время, но с разной оплатой труда по каждому договору. Необходимо иметь в виду, что конкретных показателей, позволяющих объективно оценить результативность работы специалистов участковой службы, фактически нет. Поэтому целесообразнее было бы в 2006 году указанные выплаты установить всем специалистам данной категории без дополнительных договоров.

В конце концов, выглядит непонятно и удручающе существенная разница в уровнях оплаты труда первичного медицинского звена и высококвалифицированной онкологической, хирургической, кардиологической служб, когда, к примеру, хирург с 30-летним стажем или профессор будет получать меньше участковой медсестры... Это может привести к оттоку специалистов и медсестер стационаров в звено участковых. А их 60-70 процентов в системе здравоохранения, и они тоже хотят жить лучше, чем сегодня. Кроме того, не представляется возможным достичь целей, поставленных перед участковой службой, без участия иных категорий специалистов. Так, в диспансеризации предусматривается участие узких специалистов, сотрудников клиничко-диагностической ла-

боратории. И за выполнение одной и той же функции — разная оплата труда...

Президент ассоциации медицинских сестер «Голуби» **Татьяна ГРУЗДЕВА:**

— Хорошо, что обратили внимание на первичное звено. Нужно возрождать диспансеризацию, иммунопрофилактику, ориентировать пациентов на здоровый образ жизни — поднимать уровень санитарно-профилактической работы. А работать с населением очень трудно. Но хотелось, чтобы увидели и то, что работа медсестер по уходу за больными в стационаре — к примеру, в операционной и реанимационном отделении — очень тяжелая и не менее квалифицированная, чем у поликлинических сестер. Здесь работает средний медперсонал, труд которого оценивается по высшему, одиннадцатому, разряду Единой тарифной сетки. А это зарплата всего в две с половиной — три тысячи рублей. И для них в национальной программе места не оказалось... Также в любой больнице требует укрепления материально-техническая база для работы сестер по уходу за больными. Взять те же каталки, подъемники... Надеемся, в будущем вспомнят о среднем медперсонале, который работает в стационарах. Ведь в больницах, особенно городских, и так не хватает медсестер, лаборантов...

Подготовила  
**Виктория ГЕФЕЛЕ.**