

URL: [to.media/looking-for-professionals](https://to.media/looking-for-professionals)

Рубрика: Помощь

Формат: Интервью

Заголовок:

# Где искать медиков для удалённого объекта, если их нигде не учат

Российские вузы не готовят медиков для удалённых объектов. Но работодатели остро нуждаются в таких специалистах. О том, где и как обучают удалённых медиков, мы поговорили с директором по медицине ГК Центра корпоративной медицины (ГК ЦКМ) Анджеем Скобельским. А об обучении в ГК ЦМК и опыте работы на удалённых объектах рассказал инструктор Национального совета по реанимации и «Альфамедтренинг» (входит в ГК ЦКМ), эксперт в догоспитальной подготовке по стандартам BLS, ALS/ACLS, ITLS, REM, Владислав Мумбер.

## Какой медицинский персонал должен работать на удалённом объекте? Какие проблемы такие медики решают и чем они отличаются от обычных медиков?

На удалённых объектах могут работать врачи — специалисты с высшим медицинским образованием, средние медицинские работники — фельдшеры и медицинские сёстры, а также младшие медицинские работники — санитары. Формальный допуск к работе означает, что они должны иметь высшее или среднее профессиональное образование. Дальше всё упирается в последипломную подготовку, то есть в специализацию. На промышленных объектах могут работать самые разные специалисты: всё зависит от объекта и предполагаемого объёма работы. Есть маленькие объекты с небольшим перечнем специальностей, а есть большие объекты, где работает несколько тысяч человек. На таких предприятиях могут быть большие здравпункты с 10–20 медицинскими сотрудниками. У нас есть такие объекты, на «Ванкоре» (ВанкорНефтеГаз), например, 20 медицинских работников. Там есть стоматолог, хирург, терапевт, рентгенолог.

Они работают вахтовым методом, в тундре, вдали от большого города. Пациенты перед ними такие же, как везде, с теми же болезнями. Поэтому подходы к организации оказания помощи должны быть едины: что в городе, что на удалённом объекте.

Но в работе на промышленном объекте есть свои особенности, так же, как есть особенности работы в поликлинике, в стационаре. Объём помощи хирурга в поликлинике ограничивается, например, вскрытием абсцессов и оперированием вросшего ногтя. Остальных он будет смотреть и направлять в стационар. А в стационаре хирург, у которого тот же самый диплом и та же самая интернатура, уже будет вскрывать брюшную полость и удалять аппендикс. То есть вроде бы специалисты учились в одном вузе и у них одна специальность, но объём помощи — разный.

## А какие особенности на промплощадке?

На промышленном объекте есть такая должность — цеховой терапевт. К нему приходят не просто люди с участка по месту жительства, а работники из конкретного цеха. И этот специалист должен не просто знать про болезни, он должен знать про профессиональные болезни, понимать влияние вредных производственных факторов на появление и течение заболевания. То есть он должен владеть определёнными знаниями по профпатологии. По идее, вузы готовят профпатологов, а квалификацию можно повысить в системе непрерывного медицинского образования (НМО). Но для работы на удалённой промышленной площадке нужно знать не только профпатологию.

Если врач в городе понимает, что у человека аппендицит, он позвонит по номеру 03, и пациента увезут в больницу. В тундре бригада скорой помощи не приедет через 20 минут. В лучшем случае прилетит вертолёт через три часа, а если будет нелётная погода, значит, врач один на один останется с пациентом и будет несколько суток его лечить и спасать. Кроме того, врач должен владеть навыками экстренной помощи, например реанимации: ведь на производстве есть и несчастные случаи, и аварии. Нет такого специалиста, который владел бы достаточным количеством навыков травматолога, хирурга, анестезиолога-реаниматолога, терапевта, гинеколога, стоматолога. А нужен именно универсал.

### **Речь о врачах общей практики?**

Отчасти. В России была попытка создать универсального врача из терапевта — врача общей практики. Его попытались научить ЛОР-болезням, глазным болезням, УЗИ. Цикл 500 часов. Но на выходе мы видим тех же самых по функциональности терапевтов, которые принимают чуть большее количество людей. Качество не сильно изменилось, да и таких специалистов мало. К тому же специализации врача общей практики для работы на удалённом объекте и вовсе нет.

Терапевт может пройти подготовку по вопросам профпатологии, но надо понимать, что это будет “рядовой боец”. Это будет клерк с историями болезни, с фонендоскопом и тонометром. А если взорвётся баллон и человеку оторвёт руку, он потеряет сознание, ему надо будет остановить кровотечение, интубировать, провести искусственную вентиляцию лёгких, то терапевт растеряется. Хотя он — врач здравпункта и должен оказать экстренную помощь.

Дело ещё и в том, что в приказе Минздрава 911н о порядке оказания медицинской помощи при профессиональных заболеваниях написано, что основная цель деятельности здравпункта — оказать медицинскую помощь до момента приезда бригады скорой помощи. Такие распоряжения в реальности могут работать в условиях развитого мегаполиса, но к тундре, где короткая дорога - это четыре часа на вертолёте, такой подход неприменим.

У фельдшеров есть ещё постдипломная подготовка — 144 часа, по вопросам оказания медицинской помощи работникам промышленных и других предприятий. Вот за этот короткий срок они осваивают и профессиональную патологию, и неотложную помощь.

То есть в чистом виде такой специальности, как врач удалённой промышленной площадки, в России не существует. Но он нужен. И это рождает потребность изменить подходы к подготовке таких медработников и к организации медицинской помощи.

### **Какое оборудование и навыки должны быть у медика на промышленном объекте?**

Оснащение рабочего места тоже напрямую связано со специальностью. У терапевта в кабинете должна быть кушетка, глюкометр, тонометр, стетофонендоскоп. У хирурга — перевязочная либо малая операционная с сухожаровым шкафом, со скальпелем, и всё. Врачебный здравпункт должен быть оснащён оборудованием для оказания неотложной и экстренной помощи — аппаратами ИВЛ, кислородом, концентраторами, аппаратом ЭКГ, медикаментами и т.д.. Но дело не только в оборудовании. Минздрав считает, что любой врач или другой медицинский работник должен уметь реанимировать и оказывать помощь. Если врач не работает в экстренных ситуациях каждый день, он свои навыки теряет. То есть по закону он обязан знать, но на деле он все навыки давно растерял, потому что прошёл на шестом курсе реаниматологию, а через несколько лет без практики, конечно, всё забыл. Поэтому нужно создавать отдельное направление подготовки с учётом особенностей работы на удалённом объекте.

### **А как сейчас решается эта проблема? Как работают промышленные объекты в России без хорошо подготовленных медиков?**

В 2014 году мы самыми первыми в России начали обучать медицинских работников по международным программам: базовому реанимационному комплексу либо расширенной реанимационной помощи на догоспитальном этапе при травмах, сердечно-сосудистых заболеваниях. И многие заказчики стали требовать наличие такой дополнительной подготовки у медицинских работников. То есть у специалиста должен быть не только диплом и сертификат, а ещё документ об окончании дополнительных курсов.

Но даже если мы вложили в медработника навыки оказания экстренной помощи, есть ещё много того, чем он не владеет: знанием профпатологий, пониманием, как функционирует промышленный объект, что такое санавиация, как её вызывать. На объекте может не быть главной медсестры или санитарки. А тогда появляется вопрос оборота медицинских отходов, проведения дезинфекции, стерилизации, очистки медицинских изделий, оборудования. И должен быть кто-то, у кого будут свежие знания по этим направлениям. Конечно, можно сказать формально — вы уже это когда-то учили, вы проходите повышение квалификации ежегодно по 50 часов через систему непрерывного медицинского образования, вы получаете эти знания. Но, скорее всего, для эффективной работы этого будет недостаточно.

### **Среди работодателей высокий спрос на удалённых медиков?**

У нас в стране 146 миллионов человек. 30 миллионов из них детей, ещё 30 миллионов пенсионеров. Остаётся 70–80 млн работоспособных человек. Половина — офисные сотрудники; 30 миллионов — это те, кто работает на производстве. Из этих 30

миллионов 15 находятся где-то в тундре, на севере, в Арктике, там, где очень трудно и далеко. Остаётся около 10 миллионов.

Один терапевтический участок — это 1700 человек на одного врача и медсестру. Есть ещё процедурный кабинет, заведующий, хирург, может быть, кто-то ещё. Но в среднем — три медицинских работника; выходит, что на 10 миллионов человек нужно 17,5 тысяч медицинских работников. Но это только те, кто работает в эту вахту. А ведь есть ещё те, кто работает на следующую вахту. То есть теоретически штат медицинских работников составляет 35 тысяч человек. Я думаю, что это много.

### **Тогда почему система подготовки не меняется?**

Порой мы видим неточности в приказах Минздрава, которые годами никто не устраняет, несмотря на то, что многие люди указывают на них. Это первое. Вторая проблема в том, что есть загвоздка с лицензированием удалённых объектов. Получить лицензию на вахтовый вагончик где-то там в тундре очень сложно стало, практически невозможно.

Недавно президент Путин поехал на Дальний Восток и сказал, что там нельзя организовывать систему здравоохранения таким образом, как она организована во всей стране. А я до этого писал письмо в Минздрав: «Как организовывать помощь в тундре?» Мне Минздрав пишет: «Извините, мы не можем это прокомментировать». Хотя именно Минздрав должен налаживать эту работу.

### **Как, по-вашему, сейчас можно выйти из ситуации? Что можно сделать для того, чтобы наладить работу объекта в тундре и нанять туда нормальную команду, которая была бы работоспособной?**

Работодателю нужно обратиться в медицинскую организацию, которая обеспечит его медицинскими услугами. Такие организации обычно сами нанимают врачей и фельдшеров. Сами доучивают их тем навыкам, которые будут нужны на объекте. Кроме подготовки медиков, одновременно выстраивается система медицинского обеспечения на удалённых объектах: оснащение оборудованием, медикаментами, алгоритмизация процессов оказания помощи. Такие учебные центры уже функционируют, как минимум, в Москве, Петербурге и Томске.

### **Такие специалисты, по идее, должны больше зарабатывать денег, потому что они круче. Это так?**

Работа на вахте по-другому тарифицируется. Но не все готовы жить вне дома, а где-то в вагончике в лесу. Многие ни за какие деньги в тундру не поедут. Но вопрос не только в деньгах. Навыки, которые мы даём, нужны всем медицинским работникам. Вот недавно летела в самолёте стоматолог, ребёнку стало плохо, и она смогла реанимировать его, он остался жив. Каждый должен уметь это делать.

### **А кто, кроме Центра корпоративной медицины, в России готовит медиков для промышленных объектов?**

Есть несколько организаций, которые специализируются на промышленной медицине, например [International SOS](#) — международная компания, которая и в России работает, «СОГАЗ Профмедицина», «СОГАЗ Медсервис».

Работодатель может и сам создать свою медицинскую службу, и тогда это будет его головная боль. Так сделал, например, Новолипецкий металлургический комбинат.

### **Какие у вас дальнейшие планы?**

У нас уже есть несколько программ в системе НМО-подготовки. Теперь разрабатываем ещё пять программ, чтобы медицинские работники отвечали нашему видению идеального работника удалённого промышленного объекта. Сейчас мы их учим неотложной и экстренной помощи, а далее планируем обучать санитарии, гигиене, оформлению документации. То есть те знания, которые нужны на объекте, мы пытаемся отразить в программах и обучить по ним наших специалистов.

**Владислав Мумбер** попал в ЦКМ по счастливой случайности и уже больше десяти лет работает здесь, сначала удалённым медиком, затем инструктором.

### **Как вы попали в ЦКМ?**

Меня позвал бывший коллега. Мне провели чек-ап, что я умею, на что готов, я его прошёл без труда, потому что у меня большой опыт на догоспитальном этапе и был опыт в удалённом здравоохранении. Правда, первый опыт «на удалёнке» был неудачный, но настоящий. А здесь я попал на крутой проект в Красноярском крае. Это большой объект, где было всё: от насморка до ножевых ранений. И у меня были все ресурсы и оборудование, чтобы эти проблемы решать: аппараты ИВЛ, кислород под давлением, концентраторы, надгортанные устройства, аппарат ЭКГ, мониторинг, препараты во всех формах: от таблетированных и мазевых до внутривенных. Был вертолёт, готовый вывезти пациентов с места происшествия и до больницы. Из тундры мы могли вывезти человека за час — час сорок минут. То есть мы выезжали, стабилизировали его, убирая смертельную триаду — гипотермию, ацидоз и коагулопатию (кровотечение) — и сами доставляли в госпиталь. Это закрытая цепочка со всеми звеньями, естественно, и мы получали отличный результат.

### **А чем первый опыт отличался от нынешнего?**

Я получил образование фельдшера, во время учёбы много практиковался в интенсивной терапии: гнойные раны, ожоги. После учёбы попал в областную больницу, в токсикологическое отделение, где прошёл специальную подготовку как медбрат-анестезист, чтобы работать в палате реанимации. Там я получил опыт работы с реанимационными пациентами в тяжёлых состояниях, связанных с отравлениями. Это было специализированное отделение, которое занималось только пероральными и вентиляционными отравлениями.

Через три года я пошёл ещё на станцию скорой медицинской помощи в качестве фельдшера кардиореанимационной бригады. Тут было множество реанимаций на догоспитальном этапе, на лестничных площадках, в лифте, дома, в машине. Этого я не

мог себе позволить в работе в отделении, то есть у фельдшера скорой помощи больше опыта и движения, чем в стационаре. Такие специалисты больше подготовлены к удалённой медицине.

В какой-то момент я понял, что я вырос здесь и мне нужно идти дальше. К тому же я выгорел, работая на двух работах: в больнице и на скорой. Когда человек выгорает, есть риск допустить серьёзные ошибки, в результате которых может умереть пациент. Хотя в некоторых бригадах скорой помощи люди работают до самой пенсии. Увы, многие из них вообще недееспособны: и физически, и эмоционально. То есть они выполняют работу, которая к медицине имеет очень отдалённое отношение. К сожалению, на территории России это встречается повсеместно.

У меня были знакомые, которые работали в Заполярье, и мне тоже это было интересно. Я хотел посмотреть тундру, поработать в санитарной авиации, поскольку в студенчестве у меня был такой опыт. И я устроился на один из очень крутых объектов в России, он назывался «Восточная Сибирь — Тихий океан». Это нефтепровод от Ямальских заполярных снегов до Тихого океана. Нынешний проект «Сила Сибири» — это дубль той же трубы, только труба газовая.

Вакансию я увидел по телевизору. Когда пришёл в компанию, встретил там коллегу из областной больницы и подумал, что всё будет хорошо. Но оказалось — нет.

В первую командировку я уехал в Якутию, на совершенно автономную базу, которая находилась в тайге. Добираться туда надо было около суток на автомобиле по бездорожью, там не было связи, только спутниковая. У меня не было никакого медицинского оснащения и всё, что я знал, можно было забыть. На этой работе всё сводилось к осмотру водителей и штамповке печатей. Если кто-то умирал или сильно травмировался, мне нечем было помочь. Таков был мой первый опыт удалённого здравоохранения. Хочу подчеркнуть, что 70% удалённых промышленных предприятий России сейчас находится примерно в таком состоянии.

### **Как считаете, с чем это связано?**

Работодателю важно, чтобы шла стройка. А обеспечить медицинским оборудованием — это затратная часть. Деньги нужны на сварщиков, на трубу, на какие-то другие вещи, которые приносят доходы компании. А медики находятся где-то на другом уровне. Если человек умер — спишем на войну и дикую среду, в которой он находится. Он умер, мы ничего не могли сделать, это тайга, что вы хотели.

При мне были инциденты, когда людям было очень плохо и их нужно было эвакуировать. А борта нет, потому что это деньги. Был один случай, когда человек умер. Это первая смерть на удалённом промышленном объекте, свидетелем которой я стал. Больше того, я, как звено системы, оказался включён в этот случай. Конечно, было много участников, которые могли её предотвратить, но очень удобно всё слить на медика, потому что он же медик и отвечает за здоровье человека. Все дружно поворачиваются и показывают пальцем — он виноват. Такого нет в международной практике. Потому что причина смерти зависела от многих вещей: прошёл ли этот

человек медосмотр и как его провели, были ли у него хронические заболевания, как он с ними попал на объект и так далее.

Увы, медицина — не профильная тема для компаний, которые занимаются стройкой. Чем нанимать медицинскую организацию и платить за её услуги, проще взять фельдшера из глубинки, дать ему таблетку, у которой одна половинка будет от живота, а вторая от головы, дать ему печати и сказать: работай. Причём они думают, что юридически ни за что не несут ответственности. Это глубокое заблуждение.

Бизнесмену важно зайти на проект, обеспечить работу круглые сутки, и чтобы не было препятствий и лишних трат. Бизнесмен платит 50 тысяч медику, тот за 50 тысяч наставит ему кучу печатей, и бизнес будет процветать. А то, что кто-то из трактористов, которых в 60 лет из деревни привезли (потому что они ещё ипотеку не успели выплатить), получит инсульт и умрёт — это мало кого интересует. Первый опыт был именно в такой компании.

К счастью, некоторые компании ответственно подходят к здоровью сотрудников. Они работают с профессиональными медицинскими организациями, которые набирают хороших специалистов и обеспечивают их всем необходимым для работы.

### **Где таких специалистов берут?**

На мой взгляд, лучше всего для удалённого объекта подойдёт сотрудник скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерского пункта (ФАП) в посёлке. Именно там формируются кадры — фельдшера и врачи, которые идеально подходят для работы на удалении. Так как специфика почти идентичная: скорая помощь, небольшой городок, общепрофильная бригада, где нет разделения на специализации — кардио, педиатрическая, реанимационная. Здесь фельдшер в одном лице берёт на себя любые вызовы: ребёнка, который упал с высоты, отравление взрослого человека, острое заболевание. Врачи из стационара для работы на удалённом объекте подойдут хуже — у них слишком узкая специализация.

На скорой помощи, как на удалённом объекте, медик может оказаться в таких условиях, когда темно, сыро, дождь, подъезд, туалет, уникальное положение тела, недостаточно освещения, посторонние звуки, запахи, люди, которые отвлекают, угрожают, мешают. Всего этого нет в стационаре, там условия благоприятные: светло, тепло, твоя команда, нет лишних людей. Поэтому для ребят из стационара работать на удалёнке — это стресс, перезагрузка, им нужно немного больше времени, чтобы войти в эту колею. Они, конечно, входят. Но фельдшерам скорой помощи, безусловно, проще.

То же самое с ФАП на деревне: 300–500 человек в посёлке и один фельдшер, который всех принимает. Ведёт детей, делает прививки, заполняет документы, при этом вызывает санитарную авиацию, умеет принять вертолёт, сопровождает пациента и оказывает помощь на борту неоснащённого МИ-8. Поэтому приходится навешивать на себя кислородный баллон, аппарат для вентиляции лёгких, укладку и тащить их. Все эти навыки нужны и работникам на удалённых объектах.

Вообще медик удалённого здравоохранения — это три основные составляющие:

1. Знания и навыки.
2. Физическая подготовка: он должен хорошо бегать, приседать, тащить пациента на себе, возможно один; очень быстро подниматься по лестнице, не бояться летать, уметь быстро залезть на вездеход МТЛБ, безопасно с него спуститься и поместить туда пострадавшего.
3. Постоянный контроль новой информации из источников по доказательной медицине. То есть у человека должна быть мотивация постоянно учиться.

Без этих трёх составляющих медику на удалении будет очень тяжело.

База фельдшера скорой помощи или работника ФАПа — это фундамент, на котором отольют здание. Столько этажей в нём будет — зависит от поставленной задачи. Маленький проект — будет один этаж, большой проект с многофункциональными задачами — будет высотка.

### **Как переучивают вчерашнего фельдшера на медика удалённого объекта?**

В Центре корпоративной медицины, где я сейчас работаю инструктором, мы сначала пытаемся обнулить ребят в некоторых моментах и «перепрошить» их. Мы перезаписываем очень важные вещи, которые понадобятся им именно тогда, когда они будут далеко. Медик может оказаться в таких условиях, как тундра, тайга, горы, море, суша. Исходя из этого ему будут ставить задачи, с которыми он должен справиться. Если не справится — пациент умер. Цена ошибки — смерть человека.

Переквалифицировать можно не только фельдшера и сотрудника ФАПа. Терапевта тоже можно. Самое главное — его личная мотивация и желание. Некоторым на переобучение потребуется полгода, кому-то год. В нашем учебном центре очень активная и мощная подготовка в течение недели, это мало, но люди получают основу. Дальше они подключаются дистанционно через личный кабинет и продолжают активную самоподготовку.

### **Как это может повлиять на дальнейшую карьеру?**

Человек прошёл ординатуру по терапии и начал практику. И тут он понимает, что хочет развиваться дальше и больше зарабатывать в зависимости от рисков, на которые готов пойти. Он хочет поработать на Эльбрусе, побывать в тундре или поработать в море, на научно-географическом судне, в Арктике. Welcome! И человек начинает подготовку, в среднем на неё уходит год, может, больше, вторая ординатура получается. В российских вузах нет такого образования, но наша компания этим занимается. Вы пришли, мы сделали срез, что вы можете, дали вам неделю экшена, то есть курсов, загрузили базой, а потом вы начинаете каждый месяц готовиться, изучать для себя новый важный материал.

Это оплачивает работодатель — то есть наша компания. Мы хотим идти дальше, поэтому впереди у нас открытие факультета удалённого здравоохранения, на который могут поступать фельдшера, хирурги, терапевты, которые планируют связать свою жизнь с путешествиями, тяжёлыми условиями, с каким-то интересным опытом — в

общем, с удалённым здравоохранением. И это не только промышленные объекты. В России много мест, где нет дорог и высокотехнологичной медицинской помощи, а только авиация.

### **Эта подготовка похожа на подготовку военных врачей?**

Я не знаю, как готовят военных врачей, думаю, похожим образом, но знаю, что в догоспитальной подготовке медиков, и гражданской, и военной, мы сильно отстаём от европейцев и от американцев. Мы обучаем по курсам, которые разработаны европейскими и американскими специалистами. Применять их можно на различных локациях. Эти курсы входят в систему доказательной медицины, то есть это то, что реально работает. Если действовать по этим принципам — процент выживаемости пациентов существенно увеличивается и процент инвалидизации снижается.

У американцев очень сильная школа, там готовы вкладывать миллионы в подготовку специалистов, чтобы выполнить миссию и получить минимум погибших солдат. То же касается и гражданских. Реабилитировать человека, который получил спинальную травму или травму таза в ДТП, гораздо дороже, если первая помощь оказана неправильно.

Прежде чем приступить к работе инструктора я и моя команда прошли специальную подготовку в Польше, в Норвегии, в Словении. Также здесь в Сибири учились у американцев. Ещё учились в Российском университете спецназа. По факту наша работа — это как на войне, только у нас не стреляют и не убивают. Но настроение — то же: быстро, мобильно, эффективно, результат здесь и сейчас. Если ты здесь и сейчас не сделал, то пациент умрёт на этапе эвакуации, в экстренной операционной или после операции. И хирурги, врачи в хорошо оборудованной больнице не смогут его спасти, потому что ты накосячил на своём этапе, время упущено и сделать уже ничего нельзя.

Помимо экстренной помощи, в комплекс удалённого здравоохранения входит и много других вещей. Медик удалённого объекта — это тот медик, который за 72 часа развернёт госпиталь в любой локации и будет вести амбулаторный приём пациентов, будет готов оказать экстренную медицинскую помощь, эвакуировать, провести реанимацию, медицинское освидетельствование, будет знать санэпидконтроль и бракераж. Когда я пришёл в компанию, я не знал санэпида, не умел проводить медицинское освидетельствование, не проводил реанимацию на вертолёте в движении.

### **Где ещё в России готовят хороших удалённых специалистов?**

Есть ребята, которые идут в ногу со временем. Для меня это одна компания, с которой я работал на одном из морских проектов — International SOS. Я не считаю их конкурентами, это наши коллеги по цеху, мы дышим и думаем с ними одними масштабами — международными. Мы понимаем, что медик на удалении — это не бабушка в халате с печатью и с тонометром. Это готовая боевая единица.

## **Насколько остро нужны такие специалисты рынку? Хорошо им платят?**

На самом деле на рынке труда жёсткий дефицит таких людей. По факту, это штучный товар. Труд этих специалистов в России оплачивают плохо. Потому что заказчик, который покупает медицинскую услугу, не готов тратить на неё деньги. Ему проще купить за 100 тысяч рублей штамповщика печатей. А полноценный медик, который сможет вылететь в любых погодных условиях, сесть на грунт и вытащить нефтяника или газовика и отправить его в госпиталь, — стоит не тысячи, а миллионы.

Хорошо платят медикам в международных разведочных проектах, в миссиях ООН, географических проектах в Антарктиде, на научно-исследовательских станциях. Где люди понимают, измеряют риски, умеют считать деньги и где в приоритете цена человеческой жизни, а не баррель нефти.

Я думаю, что в России мы не скоро увидим достойную заработную плату для удалённых медиков. Как только работодатели поймут, что их супервайзеры, которые могут умереть на промысле, — крутые специалисты и очень дорого стоят, наверное, что-то поменяется. Тенденция есть положительная. За время работы нашей компании уровень медиков поднялся до уровня, близкого к медицинскому специалисту. А переломным моментом стал COVID.

Когда люди стали сотнями за сутки переходить из раздела «здоров» в раздел «срочная экстренная эвакуация, острая дыхательная недостаточность», все поняли: блин, есть же медпункт, и там сидит один человек, который захлебнулся, потому что он сутками не спит, он в неудобном костюме разбирает всю эту рутину. И они поняли: о, ничего себе, оказывается, мы здесь просчитались, есть люди, которые могут спасти бизнес. И мы в условиях COVID спасали бизнес нефтяникам, чтобы нефтяное месторождение не встало. То есть отсутствие медика перекрывает огромный финансовый поток в сутки. Для некоторых городов, где нефтяная компания является градообразующей, — это просто крах.

Раньше это постоянно витало в воздухе: «Я не куплю этот прибор (допустим, УЗИ-датчик), потому что он дорого стоит». Хотя те же американцы его применяют везде на догоспитальном этапе, потому что он помогает спасти людей. Сейчас стало лучше. Я думаю, что законодателями этой моды стали International SOS и Центр корпоративной медицины.

## **В ЦКМ сложно попасть?**

Нет, не сложно, надо иметь желание работать, учиться, развиваться, и тогда всё получится.