

Здравоохранение

Мы вас ждем!

Работа скорой помощи в сельской местности подразумевает большие расстояния между пунктами назначения, бездорожье, малонаселенность и, увы, кадровый дефицит. Причина — непростые условия труда и еще более непростые условия его оплаты.

— репортаж —

Всеобщая цифровизация

На спидометре нового «АЗа» значится чуть больше 30 тыс. км — столько машина прошла по территории Богородицкого района Тульской области за последние полгода. В районе числится 79 деревень, в которых постоянно проживают 55 тыс. человек. В сутки местная станция скорой принимает до 30 вызовов. Водителю бригады Александру Попову за 60, он давно пенсионер, но работу не оставляет. За 15–16 смен (их число зависит от количества рабочих дней в месяце, и каждая длится 12 часов, с восьми утра) получает чуть больше 20 тыс. руб., и это хорошая прибавка к 14 тыс. руб. пенсии. В конце нулевых Александр Попов, как и многие его коллеги, бросил работу в шоферском корпусе станции скорой помощи и занялся охранником в Москву. За те пять лет, что охранял один из медицинских вузов, купил подержанный Suzuki, положил немного денег на банковский депозит. Мог бы работать и коптить и дальше, но институт заключил договор с охранным агентством, а условия нового трудового соглашения Александра Попова не устроили. Он вернулся в Богородицк, в январе позвонил бывшему работодателю и в марте снова стал крутить баранку на машине скорой.

Оказалось, что уходил Попов из одной организации, а вернулся совершенно в другую. В эти дни одна за другой районные станции скорой переходят из ведения районных ЦРБ под Центр медицины катастроф (ЦМК) с головным офисом в Туле. Когда переход всех станций скорой завершится, ЦМК будет координировать работу бригад скорой помощи, приемных отделений больниц и оперативных служб на территории всех районов Тульской области.

В состав центра входят единая диспетчерская служба и подстанции скорой медицинской помощи (СМП), сегодня здесь трудятся более 1 тыс. сотрудников.

Современный центр управления работой скорой медицинской помощи в области — это единая диспетчерская служба, куда круглосуточно можно дозвониться по номерам 03 или 103, информационная система СМП интегрирована с информационной системой 112, а звонки от населения принимает фельдшер или медицинская сестра, чья основная задача — распознать в разговоре с позвонившим угрозу жизни и решить, отправлять бригаду или проконсультировать человека по телефону. После того как вызов зафиксирован, его распределяют по территориальному признаку, потом отправляют информацию диспетчеру ближайшей к больному подстанции. Получив информацию о вызове из центрального офиса, диспетчер районной подстанции СМП передает ее непосредственно бригаде — та читает информацию о новом пациенте с планшета.

Возраст, деньги и маршрут

Ежедневно в Тульской области трудятся 145 выездных бригад скорой медицинской помощи, они работают по 24 часа начиная с восьми утра, в их распоряжении чуть больше 250 машин, из которых 40% — это «АЗы»: их Тульская область закупает специально для работы в сельской местности. На станции скорой в самой Туле по одной машине, но на подстанции в Богородицке их три, и они не простаивают. Отличия в работе скорой на селе — большие расстояния между пунктами назначения и малонаселенность.

В целом работа сотрудника скорой довольно рутинная, но 26-летнему Павлу Трегубову она по душе. «Мне нравится, что я кого-то спасаю, делаю это быстро», — говорит он по дороге на вызов к 45-летнему мужчине, обратившемуся в скорую с жалобами на эпилепсию. Пациент (назовем его Виктор) был в свое время контужен в Приднестровье, вернулся с войны, но в мирную жизнь не вписался — со временем старая травма переросла в отек головного мозга и усугубилась на фоне алкогольной зависимости.

Виктор живет в старой и очень грязной однокомнатной квартире без прихожей. Больной не может говорить — с врачами беседует его женщина, она описывает, как у Виктора внезапно посинело лицо, потекла слюна и он закатил глаза. Она пыталась отпаивать его чаем, но бесполезно. Фельдшер просит Виктора лечь на диван, пальпирует печень, говорит, что она увеличена на два пальца (это определено цирроз), делает кардиограмму, дает пациенту горсть таблеток глицин и вводит внутривенно сульфат магния. Помощь оказана, можно уходить, но фельдшер не спешит к выходу. «Спиртное в его положении смертельно опасно, не злоупотребляйте», — говорит он. Таких, как Виктор, в районе больше, чем хотелось бы медработникам.



Есть несколько общих факторов в работе скорой помощи во всех регионах: пиковое время от 22:00 до 2:00, работа на износ при скудной заработной плате, обязательность выезда даже при ложном звонке и др. На фото: бригада скорой помощи на выезде в Подмоскovie

Павел Трегубов работает 15–16 суток в месяц, на смену в Богородицк приезжает из Узловой, где в свое время на скорой для него не нашлось места. Его коллеги по бригаде тоже довольно молоды, вообще во всех трех бригадах, которые работают в смене, немало молодежи. Дмитрию Шестову, Кристине Лосевой и Алексею Белобрагину не больше 30, фельдшеры Оксана Титова, Елена Михалева и Марина Кулешова немного старше: работают на скорой более 15 лет. Всего на подстанции в Богородицке трудятся 69 человек, не хватает 2 водителей, в день нашего визита работали 18 человек. Одна из них — фельдшер Мария Петровна Тонкошкур, пенсионерка. — в основном принимает пациентов прямо на станции. Сейчас в ординаторской на скамейке перед тазом с окровавленными тряпками сидит средних лет мужчина с забинтованной головой, по его шее стекают тонкие струйки крови, и Мария Петровна их заботливо вытирает. Гражданин трезвый, травму получил, поскользнувшись на родинке. Он достает из кармана куртки свою черную вязаную шапку и отжимает кровь двумя руками в таз. «На днях начнется гололед, и от таких, как он, тут не будет отбоя», — спокойно говорит Мария Тонкошкур, вытирает тряпкой темные следы крови с серой напольной плитки. Зашивая рану будучи в хирургии ЦРБ, куда машина отвозит пострадавшего. Через 20 минут диспетчер Оксана Титова заходит на другой компьютер, в информационную систему «Инфо клиник», и отслеживает статус этого больного, но не найдет о нем никакой информации, набирает номер приемного отделения. «Ага, ясно. Им только занялись, врачи были на операции, я вас поняла, спасибо», — она кладет трубку, но не убирает его карточку до тех пор, пока на мониторе не появится информация, что гражданин от госпитализации отказался после того, как его небольшую рану на затылке зашили. Вот теперь работа скорой по этому пациенту закончена. Они могли бы отодвинуть, но на мониторе отображается еще один вызов: в деревне Ломовка на остановке без сознания лежит человек. Деревня в 10 км от Богородицка, «буханка» на высокой скоро-

сти несется по темной дороге, пока не упирается в деревенскую остановку. На ней никого нет, фельдшер Алексей Белобрагин курит на холодном ветру, потом садится в «буханку», и мы едем на базу. Никто ничему не удивляется. «За мою пятнадцатилетнюю работу на нашей скорой всего пару раз находили больных на остановках. В большинстве случаев тел на остановках не бывает, но проверить, не ложный ли вызов, мы можем, только пропилив кучу километров до места вызова, а не отреагировать не имеем права», — говорит Белобрагин, поживаясь от холода. В «АЗе» тепло, и скоро фельдшер, расслабившись, ненадолго отключается.

Считается, что пиковое время для работы скорой — это промежуток от 22:00 до 2:00, а потом наступает затишье, которым медперсонал пользуется. В трудовом договоре у фельдшеров и врачей скорой сказано, что у них есть право отдыха, поэтому, когда «АЗ» приходит на базу в час ночи и становится понятно, что вызовов нет, вся смена устраивается на ночлег. Где-то на час подстанция погружается в сон. Условия для него довольно скромные. Мужчины и женщины ложатся отдельно в разные комнаты на чалые раскладные узкие кресла. Диспетчер Оксана укладывает на жесткий топчан прямо у себя в кабинете, не выключая мониторов компьютеров, положив рядом телефон, но в полтретьего Оксана снова вскакивает, чтобы принять звонок. В графе «жалобы», отображенной на дисплее монитора, значится «сильный приступ при онкологии печени». Больной 68 лет, по большому счету для всех все ясно, но врачи просыпаются, встают и едут по ночному Богородицкому району. «Мы обязаны отреагировать, выехать и оказать человеку необходимую помощь — даже искусственное дыхание сделать, несмотря на диагноз. Такие правила», — говорит диспетчер Титова и прерывает разговор из-за того, что приходит новый вызов — на сей раз на номер 112.

Типичные проблемы

Дежурство протекает вполне рутинно. Поводы вызвать врача у местного населения

разные, как и везде, но чаще всего звонят в скорую из-за сердечных приступов, инсультов, судорог, зимой большинство пациентов болеют гриппом, ломают руки-ноги при падении, летом, когда окрестные дачи заполняют москвичи, наблюдается всплеск тепловых ударов. В день нашего визита только за 12 часов Центр медицины катастроф принял более 800 вызовов, из них больше 50 пришлось на Богородицкий район — относительно немного. Но и эти вызовы успеть бы принять и обработать.

Скорая в Тульской области испытывает дефицит кадров. Так, по данным областного министерства здравоохранения, на скорой недостает 50% врачей и 20% фельдшеров, люди работают по совместительству на 1,2–1,5 ставки, дежурят сутки через двое, чтобы получить дополнительные деньги. «Средний возраст медработников — 40 лет», — говорит и. о. главного врача ГУЗ Тульской области ТЦМКСиНМП Наталья Полякова.

Основная причина некомплектованности — невысокие зарплаты и сложные условия труда. Оклад начинающего фельдшера скорой чуть больше 6 тыс. руб., если прибавить к нему плату за ночные дежурства, премию, то получится немногим выше 15 тыс. руб. Спустя три года молодой специалист может сдать экзамен на категорию. Для этого ему надо защитить письменную работу с детальным разбором клинических случаев, ответить на дополнительные вопросы комиссии. Фельдшер Павел Трегубов сдал экзамен на вторую категорию в середине ноября — его жалование должно увеличиться на 600 руб. Спустя еще пять лет он сможет сдать на первую, а еще через пять — на высшую, и тогда ему повысят оклад на 30%.

Зарплата современного врача скорой состоит из обязательной и стимулирующей частей. «В среднем врач скорой получает чуть больше 60 тыс. руб., из которых 54% — это обязательная часть, а оставшиеся 46% — стимулирующая. Средний медперсонал зарабатывает меньше: его зарплата едва превышает 31 тыс. руб., из них 67% — это обязательные выплаты, 33% — стимулирующая», — рассказывает заместитель министра здравоохранения Тульской области Татьяна Семина.

Стимулирующая часть определяется несколькими факторами, один из которых — это так называемый критерий оценки. Они утверждены приказом по учреждению, каждого сотрудника оценивает непосредственный руководитель подразделения и в виде служебной записки направляет данные в комиссию по заработной плате, и уже комиссия принимает решение и оформляет протокол, который передает в бухгалтерию. На размер зарплаты влияют трудовая, исполнительская дисциплины, качество работы и дополнительные функции. Каждый критерий оценки выражается в процентном отношении, при соблюдении пункта этот процент высчитывается от оклада, и сумма начисляется к нему. При несоблюдении — не начисляется. Например, оклад врача — около 8 тыс. руб. Допустим, за то, что в машине пострадавший, врач бригады может получить плюс 30% от оклада, за отсутствие обоснованных жалоб от коллег и населения — еще 12%, за своевременный доклад старшему врачу о задержках бригады скорой в приемном покое ЦРБ полагаются еще 35% от оклада, за соблюдение стандартов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе врач может получить еще 30%. Оценивается и интенсивность работы: если на вызовы выезжает к больным 7–11 раз за смену, то полагается 10% к зарплате, если 12 и больше, то дополнительно начислят 15% и т. д. Та же система оплаты труда у фельдшера и диспетчера. «Обычно мы не лишаем персонал заработка. Реально можно не получить дополнительные деньги за летальный исход в машине скорой. Таких случаев у нас три-четыре в месяц, но сейчас в судах нет ни одного дела против врачей скорой», — говорит Наталья Полякова.

Со временем сотрудники сельской скорой получают льготную пенсию. Год стаж работки скорой помощи на селе засчитывается как 1,3 года (но с обязательным условием проживания на селе), а год работы в реанимационной бригаде засчитывается за 1,5 года. Однако это не значит, что обе льготы суммируются. Пока что Трудовой кодекс при расчете пенсии позволяет взять только какую-нибудь одну льготу, и обычно берут ту, где указан больший стаж.

А пока, чтобы получить все свои надбавки, персоналу скорой приходится работать на износ и бояться негативных оценок со всех сторон. Но, несмотря на это, молодые фельдшеры не спешат что-то менять. «Учиться на врача сложно, дорого, да мне это и не нужно. Ездить в Москву на работу? Заманчиво, да — говорят, там наши коллеги по 90 тыс. зарабатывают. Но если я буду ездить по 300 км в один конец, во что тогда превратится моя жизнь?» — вздыхает фельдшер Павел Трегубов.

Все свои

Врачи скорой не любят говорить об угрозах своим жизням и здоровью, как бы ни регистрировали на них пациентов. Но с правой стороны под столом диспетчера Оксаны Титовой находится красная сигнальная кнопка, нажав на которую диспетчер сообщает об угрозе нападения напрямую Росгвардии. В прошлом здании скорой несколько раз атаковали

— не так давно сюда пытался пробраться наркоман, который разбил дверь и стекла в вестибюле. «Мы вызвали полицию, его задержали, но долго не стали держать взаперти: нам объяснили, что состава преступления в его действиях нет. А нам на всякий случай установили кнопку», — объясняет старший фельдшер Дмитрий Шестов.

Врачей скорой винят в опозданиях на вызов, в ненадлежащем исполнении своих обязанностей, однако мало кто знает, что время пребывания врачебной бригады у пациента нигде не оговорено, но считается, что больше 20 минут тратить на больного нельзя. За это время врач должен выслушать пациента, понять, что именно с ним происходит, принять адекватные меры и при необходимости передать его специалистам в ЦРБ. Чаще всего проволочки бывают именно в приемных покоях. Врачи могут оказаться на операции, или у них большой наплыв пациентов, а их коллеги со скорой не могут бросить пациента одного. Приходится объясняться потом с начальством, отчего задержки на вызове.

Редко бывают сложности с самими пациентами. Когда человек часто вызывает бригаду скорой, о его заболеваниях бригада врачей хорошо знает и делает все необходимое быстро. Например, 82-летняя жительница Богородицка Ирина Блинова (имя и фамилия изменены) одинока и, кроме врачей, к ней никто не приезжает. Поэтому она вызывает скорую без преувеличения по три раза в сутки, способна и сама прийти на станцию скорой. В очередной раз фельдшеры приходят к ней, снова и снова задают вопросы о самочувствии, укладывают старушку на диван, снимают кардиограмму, дают глицин и уезжают — вся процедура занимает минут 10. Но через час гражданка вновь звонит диспетчеру, к ней снова отправляют «АЗ» — и напрасно: она не открывает дверь фельдшерам. Намного сложнее работать, когда необходимо доставить в больницу человека, ведущего себя неадекватно. Несколько недель назад из Богородицка в психиатрическую лечебницу под Тулой транспортировали мужчину. Прежде чем посадить его в машину скорой, фельдшеры и милиция пережили немало неприятных минут. «Он весил не меньше 150 кг, был высокий и буйный, все время кричал, махал руками. Мы не могли с ним справиться, а время, отведенное на вызов, истекало — пришлось просить сотрудников полиции усмирить пациента газовым баллончиком. Крайняя мера, но выхода не было — полчаса уже бились», — говорят фельдшеры.

Реформа не спешит

Отправиться пообедать, заехать домой или отклониться от маршрута медбригада не имеет права, а если бы отклонилась, это тут же стало известно в центральном офисе: все машины оснащены системами ГЛОНАСС, так что оператор в Туле всегда знает, где находится та или иная бригада. При этом в средствах водителей скорой не ограничивают. В кармане у водителя всегда безлимитная банковская карта для оплаты бензина, и в баке залито не меньше 30 л. Водители скорых отвечают за нарушение правил наравне с остальными водителями. «Не так давно нам раздали мигалки, они дают преимущества на дороге. Но я предупрежден, что за нарушение правил дорожного движения могу ответить, поэтому старую не нарушать. Конечно, по пустой дороге к пациенту я мчусь во всю мощь — тут уж мне все равно, что я нарушу. Но все равно надо стараться не нарушать. На днях юристы ходили разбираться в суд, куда с жалобой на нарушение ПДД со стороны нашего водителя обратились жители. Пришлось доказывать судье, что на то были причины: машина спешила к больному», — рассказывает Попов.

Водитель скорой хоть и не обязан оказывать первую помощь, но в большинстве случаев помогает врачам и фельдшерам в их работе. Он знает устройство реанимобиля, в критических ситуациях помогает бригаде, например положить пострадавшего в машину или переложить умершего в спецавтобиль. И делает это бесплатно.

Невысокие зарплаты, жесткие критерии оценки, недосып и вечная ответственность. Для того чтобы привлечь и удержать персонал на скорой, приняты так называемые стимулирующие меры, в том числе федеральная программа «Земский доктор», которая предполагает меры социальной поддержки для фельдшеров скорой. В частности, фельдшером со скорой выплачивается 450 тыс. руб. в течение пяти лет равными долями за каждый отработанный год. Выплата для врачей по этой программе осуществляется на тех же условиях, а сумма — 650 тыс. руб. Кроме того, на территории Тульской области для медиков действует льготная ставка по ипотеке в размере 7,1% годовых. Также работникам учреждения установлены выплаты стимулирующего характера по количественным и качественным критериям. Обязательно надбавка за работу в сельской местности в размере 15% к должностному окладу.

Удастся ли новому Центру медицины катастроф в Туле улучшить работу скорой на селе, станет понятно не раньше, чем все подстанции перейдут от ЦРБ в ведение Центра медицины катастроф. Пока ясно одно: без создания термимых финансовых условий для персонала скорой ни одна реформа далеко не уедет.

Анна Героева, Богородицк, Тульская область