Сергей Коротких един в двух лицах. Будучи проректором УГМУ, он отвечает за профессиональную подготовку студентов, а как руководитель клиники «Профессорская» — оценивает, чему они научились. Специалисты УГМУ, перенявшие опыт европейских врачей, оперируют недоношенных детей с критическим весом, у которых не полностью сформировалась сетчатка глаза. Несколько лет назад 31–32% таких младенцев теряли зрение. Екатеринбургские офтальмологи снизили инвалидность до 3%. Сергей Коротких считает это заслугой уральской научной школы. По его мнению, новые технологии позволяют выпускникам вуза быстрее осваивать операции, которые раньше требовали многолетней практики.

За счет государства

Через три–четыре года Уральский государственный медицинский университет (УГМУ) переедет в район Академический, где ГК «КОРТРОС» построит комплекс зданий для медицинского кластера. Помимо университетских корпусов, научных институтов и студенческого кампуса на территории может появиться университетская клиника. Многие руководители екатеринбургских больниц считают ее отсутствие большим минусом для университета. Есть, впрочем, и другая точка зрения — что вузу достаточно производственных баз в местных лечебных учреждениях. Сергей Коротких с этим не согласен:

— Я достаточно много поездил–посмотрел и могу сказать, что в Европе ведущие лечебные учреждения — это университетские клиники, — поясняет он. — Возьмите Болгарию — казалось бы, бедная страна, а в Варне, где 350 тыс. населения, медицинский университет содержит многопрофильную клинику. На каждом из девяти этажей — своя специализация: урология, хирургия, офтальмология и т. д. Это позволяет объединить учебный и лечебный процессы, ибо каждый сотрудник университета должен преподавать дисциплины, заниматься наукой и практической медициной. Поэтому я больше поддерживаю позицию, что своя клиника университету необходима.

Сейчас основные кафедры УГМУ работают на базе областных, федеральных и муниципальных больниц. Но интересы больниц и университета не всегда совпадают. Медицинским учреждениям нужно соблюдать СанПиНы, и сложность в том, что больницы у нас в основном старые, а правила и нормы — новые. Когда не хватает помещений, их забирают у медицинского вуза. Собственная производственная база решала бы все проблемы.

В России есть такие примеры?

— В структуре Самарского университета — несколько больниц. Они подчиняются ректору, а не министру здравоохранения и не горздраву, как у нас. Сейчас в Екатеринбурге сталкиваются интересы центра и региона: медицинский университет подчиняется не местным структурам, а двум федеральным министерствам — образования и здравоохранения. Компромиссы мы находим не всегда. Это добавляет проблем, поскольку у университета — 49 договоров с медицинскими учреждениями, в том числе частными. Одно из них — клиника «Профессорская плюс».

Решение строить университетскую клинику уже принято?

— Пока это намерения. Планируется большой медгородок, куда переведут университет и федеральные институты — ОММ, травматологии и другие. Сейчас корпуса УГМУ далеко друг от друга, это не-удобно — студентам приходится переезжать с места на место. А в Академическом все будет компактно. Проект рассматривают в Минздраве

России. Недавно ректор УГМУ со свердловским премьером Денисом Паслером летали в Москву, обсуждали детали проекта с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой. Но говорить, что все решено, я бы не стал. Камень преткновения — серьезные затраты. С деньгами сейчас сложно в государстве.
Сколько денег понадобится на строительство медицинского кластера? Цифры называют разные — до 10 млрд руб.
— Я не буду цифру озвучивать. Деньги очень большие. Часть выделит федерация, часть — Свердловская область и университет. Остальное должен вложить частный инвестор, которому нужно еще найти в этом свою выгоду. В любом случае университетская клиника появится не раньше 2018 2020 гг.
Пока ее нет, больницы жалуются, что медицинское образование стало хуже, чем при советской власти. С чем это связано?
— Нельзя с высоты сегодняшнего дня оценивать образование прошлых лет. Я окончил вуз достаточно давно. Сейчас другие технологии — компьютеры, симуляторы. Раньше самой распространенной операцией в офтальмологии было удаление мутного хрусталика (катаракты). На глазном яблоке, диаметр которого 24 мм, делался разрез длиной 7 8 мм, чтобы хирург мог манипулировать. Затем человек двенадцать дней лежал в стационаре. С тех пор все изменилось. Операции катаракты мы делаем амбулаторно — через разрез 2,5 мм внутрь глаза заводится ультразвуковой аппарат, который заменяет хрусталик искусственным. Больной уезжает домой. Это мировая практика — лечение в стационаре постепенно сокращается.
Так вот, раньше хирургу нужны были мануальные навыки, чтобы сделать разрез, а сегодня большую часть работы совершает сам аппарат. Нынешних хирургов не учат выполнять операции вручную, но этого уже и не требуется — мы можем пользоваться результатами технического прогресса. Сократился и срок подготовки — операцию катаракты способный хирург осваивает за полгода. Другое дело, что отношение к учебе у студентов стало менее ответственным.
Студентам разрешается оказывать госпитализированным пациентам медицинскую помощь?
— По новому закону, после третьего курса они могут сдать специальный экзамен и получить среднее медицинское образование, чего прежде не было. Годом раньше у них проходит сестринская практика в течение двух трех месяцев. В университете появился специальный центр, где есть симуляторы и великолепные фантомы с силиконовой кожей — конечности, ягодицы. Можно тренироваться — делать внутривенные инъекции, внутримышечные. Все это стоит больших денег, но лучше так, чем отрабатывать навыки на трупах, как еще недавно делали. Теперь во второй половине дня студенты могут законно трудиться в клиниках, имея диплом медсестры. Они все равно где то подрабатывали — официантами или охранниками, а в больницах приобретают опыт. Сейчас в «Профессорской плюс» работают три студента, которые хотят в дальнейшем стать офтальмологами. Ординаторы и интерны тоже есть.
Министр здравоохранения Аркадий Белявский говорит, что регион привлекает выпускников медицинских вузов из других регионов бесплатной интернатурой. Много у нас таких приезжих?
— Разговоры по поводу платной бесплатной интернатуры — тема довольно скользкая. У нас есть так называемый целевой прием, который оплачивает региональное министерство здравоохранения. Для этих целевиков интернатура бесплатная.

Федеральный Минздрав дает нам ограниченное количество мест в бюджетной интернатуре — кандидатов мы набираем по конкурсу. У меня сейчас одно бюджетное место, на которое претендуют три девочки с баллом 4,9 — это красные дипломы. Одна из трех попадет только. Вообще, бесплатное и платное — не основной критерий. Ко мне в этом году поступят три или четыре интерна из Перми (там неплохая медакадемия). Но будут обучаться за деньги. Они едут, потому что я достаточно известный офтальмолог и школа офтальмологии у нас — одна из лучших в России. Из Челябинска и Тюмени к нам тоже приезжают за качественным образованием.
Какой процент выпускников работает потом в больницах?
— Мы анализируем. В 1990 е гг. 30 40% оканчивали вуз и уходили в коммерческие структуры, в частности, работали представителями иностранных медицинских и фармацевтических компаний. Врач получал 5 10 тыс., а в фирме ему предлагали 30 тыс. Сегодня средняя зарплата врача в Свердловской области (со всеми подработками) — 35 тыс. Достойная, я считаю. Поэтому последние два три года здравоохранение теряет не более 10% выпускников, остальные работают в больницах. Сейчас время активных людей — они могут работать в государственной клинике и подрабатывать в частной. У меня много молодых врачей. 80% ребят с красными дипломами.
Влияют ли санкции ЕС на вашу работу с иностранными вузами?
— У нас договоры заключены с семнадцатью вузами различных стран. Южная Корея, Болгария, Германия, Китай… Сейчас приезжают на стажировку студенты из Канады, Бразилии, Словении, Польши. На полтора месяца. Они сообщили нам перечень желательных стажировок и будут работать на разных кафедрах вместе с преподавателями. В ответ двадцать наших студентов отправятся за границу. Обмен достаточно активный, но — со слов иностранцев — добираться до Урала им трудновато. После крымских событий Канада заморозила некоторые совместные программы с УГМУ, но принципиально это ничего не изменило.
В чем интерес канадских студентов — какую практику они могут получить в российском вузе?
— Раз приезжают, значит, интерес есть. У нас слишком развито чинопочитание. Мы считаем, что в России все плохо, а в Европе — хорошо. Но это неправильно. Просто в каждой стране есть отрасли медицины, которые развиты лучше других. В России это — кардиохирургия и офтальмология.
На деньги инвесторов
Частная медицина становится высокотехнологичной, говорит Сергей Коротких. Доказательство тому — проекты, требующие больших вложений: девятиэтажный медицинский центр «Парацельс» с многопрофильной клиникой и родильным домом, Госпиталь инновационных восстановительных технологий в Нижнем Тагиле и другие. В планах учредителей «Профессорской» — второй филиал, специализирующийся на детской офтальмологии. При этом частные инвестиции в здравоохранение г н Коротких считает исключением — инвесторы понимают, что поток платежеспособных больных не увеличивается.
Владислав Тетюхин, построивший в Нижнем Тагиле госпиталь, считает, что к нему поедут пациенты из других регионов, может быть, даже из за границы. Вы разделяете его оптимизм?
— Я уважаю человека, который вложил три миллиарда в медицинский центр. УГМУ всячески поддерживает этот проект — наши специалисты собираются там работать —

консультантами, хирургами. Другое дело, что клинику такого масштаба нужно было строить в Екатеринбурге. Здесь ее проще запустить. Но у Владислава Валентиновича свой подход. Поначалу он собирался открыть госпиталь у себя в Верхней Салде — я его, как мог, отговаривал. Объяснял, что центру нужны потоки больных, а кто поедет в Верхнюю Салду. Нижний Тагил ближе к цивилизации, но это — один из самых экологически неблагополучных городов России. Медицина там слабая. Строить в таком месте реабилитационный центр, рассчитывая на приезжих врачей и приезжих пациентов, не совсем логично. Но г на Тетюхина трудно переубедить. А вообще, я за то, чтобы профессиональные проекты делали профессионалы.
Кто еще сегодня инвестирует в частную медицину, кроме энтузиастов?
— Если честно, почти никто. Тут больше разговоров, чем дела. Мне семь лет назад помогли благодарные пациенты — обеспеченные люди. У них нашлись свободные средства — почему бы не инвестировать их в медицину в расчете на прибыль? Причем это не благодетели. Все, что они вложили, я отрабатываю. Прибыльность медицинского бизнеса зависит от специализации. В «Профессорской плюс» неплохая рентабельность. Главный стимул для пациентов — репутация и квалификация врача. В этом смысле у нас все в порядке — меня знают как специалиста и главного офтальмолога УрФО, в том числе за границей. К нам едут оперироваться иностранцы. Вероятность осложнений после моих операций на порядок ниже, чем у молодых докторов.
Наверное, все хотят оперироваться у вас.
— Я не должен все делать сам. Главное — обеспечить контроль. В клинике заложены определенные алгоритмы операций — ни один доктор не может от них отступать. Если случай сложный, мы предварительно его обсуждаем.
Если случай очень сложный, частная клиника откажется от такого больного?
— Сложных и тяжелых больных частным клиникам брать невыгодно. Онкологические операции они делать не станут, хотя примеры можно найти — и в Москве, и в Екатеринбурге. Такая же история, если речь идет о патологиях. Есть затраты, которые частной клинике не окупить, поэтому основную нагрузку, как и прежде, несет государственная медицина. В системе ОМС «Профессорская плюс» не работает — по разным причинам. В том числе потому, что пришлось бы снижать затраты. Например, использовать при операциях катаракты дешевые хрусталики. Но тогда будет много осложнений, чего мне совсем не нужно. В этом смысле очень правильный подход у немцев — они сначала выбирают качество, а потом смотрят на цену. Если им предложить хрусталик за 50 евро и за 150 евро, они выберут второй вариант. Но делать операции приедут к нам, потому что при сопоставимом качестве цена «Профессорской плюс» — в четыре раза ниже европейской. Там прооперировать один глаз стоит 2 тыс. евро, у меня в клинике — тысяча евро за оба глаза.
Если расценки ОМС не устраивают частные клиники, как работают медицинские центры, созданные в условиях ЧГП, когда частный инвестор вкладывается в инфраструктуру, а государство оплачивает лечение?
— Конкуренция на рынке медицинских услуг растет, а платежеспособных больных больше не становится. Возможно, когда нибудь нам все таки придется работать в ОМС. Я об этом думаю, но пока не готов. Сейчас клинике хватает пациентов, которые платят, есть даже очередь на операции. Зачем я буду опускаться на уровень ниже? Но возможны варианты, когда пациент компенсирует часть стоимости за счет ДМС, а остальное доплачивает сам. Такую схему мы уже применяем. С полисами ОМС такое

тоже возможно.
Главный невролог Екатеринбурга Андрей Белкин считает, что частная клиника не может дать врачу такую обширную практику, как государственная: набить руку можно там, где большой поток больных. И если врач работает только в частном центре, он никогда не приобретет нужной квалификации.
— Возможностей для врачебных манипуляций в государственной клинике больше — это правда. Но есть другое обстоятельство. Беда госклиник — в том, что зарплаты, которые там платят врачам, не дают им стимула к профессиональному развитию. Большой поток больных — по сути, единственное преимущество. Тогда как в (хорошей) частной клинике все очень дифференцированно. У меня большинство докторов получают процент за проведенные манипуляции — диагностика, операции. Освоил новую технологию, используешь ее — получай проценты. Так можно удвоить зарплату. У нас нет такого, чтобы доктор сидел без дела, а время шло. Работаем сколько нужно. Если много больных — до семи восьми часов вечера.
Есть средняя цифра — сколько у вас зарабатывает опытный специалист?
— Неправильный вопрос. Нет такого — опытный неопытный. Это раньше опыт был преимуществом, а сейчас — не всегда. В моей клинике есть ребята со стажем пять лет, которые зарабатывают в два три раза больше, чем врач, проработавший двадцать лет. Но они именно зарабатывают — осваивают новые технологии. Недостаток опытных докторов — в том, что они не владеют современными технологиями и компьютерами. А учиться им поздно. Многие просто не хотят. Не будем же мы им за стаж платить.
То есть у вас все хорошо?
— Нет, я такого не говорил. Есть проблемы, не связанные с количеством пациентов. Недавно вот компьютер завис, который управляет лазерной установкой для коррекции зрения. А в этот день двенадцать человек были записаны на операцию. Пришлось извиниться и перенести на другое число.
ekb.dk.ru