

Руководство ведомственной или частной поликлиники вправе самостоятельно устанавливать нагрузку по количеству принимаемых пациентов на врача, хоть одного человека в день, — если он платит за десятерых. Но в конечном счете только врач решает, какую нагрузку на себя принять.

*Если врач, работающий в другую смену, уходит в отпуск, и мне придется заменять ее, т.е. работать с 8:00 до 20:00 каждый день, мне положены какие-то доплаты? Или я буду работать в 2 раза больше за те же деньги?*

**Светлана Андреевна Федосьина,**  
терапевт.

Согласно статье 60.1 Трудового Кодекса РФ, работник имеет право заключать трудовые договоры о выполнении в свободное от основной работы время другой регулярной оплачиваемой работы у того же работодателя (внутреннее совместительство). То есть, работодатель обязан доплачивать вам за выполняемую работу во внеурочное время, оформив эти дополнительные выплаты документально.

*Уважаемый Дмитрий Владимирович! Коллектив нашего отделения очень взволновала ситуация с освобождением от должности бывшего директора МНТК «Микрохирургия глаза». Прокомментируйте, пожалуйста, причины его увольнения. Наша клиника тоже относится к государственным, но платные услуги мы оказываем. Как нам правильно их оформлять и проводить, чтобы избежать неприятностей? Заранее благодарим за ответ.*

**Елена Геннадьевна Быкова,**  
офтальмолог.

Как указывается в открытых источниках, причинами увольнения директора МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика Федорова стали массовые жалобы граждан на взимание платы с пациентов за медицинскую помощь, которая положена им бесплатно, использование имени МНТК «Микрохирургия глаза» для ведения коммерческой деятельности и продажи товаров и услуг через аффилированные с руководством компании, ненадлежащее оказание медицинской помощи и использование просроченных лекарств и медицинских изделий при проведении операций. А также незаконные выплаты руководителю учреждения, многочисленные нарушения законодательства при заключении государственных контрактов. Многие закупки, по данным СМИ, проходили в обход конкурсных процедур. И все это якобы было подтверждено в ходе проверок, проведенных соответствующими надзорными органами. Однако лично мне не совсем понятно, если столь масштабные и глубокие нарушения действительно имели место, почему же надзорные органы не замечали их ранее? Наверное, это риторический вопрос.

Однако давайте оставим политическую сторону в покое и обратимся к волнующим нас реалиям, в частности, к вашему вопросу о том, как правильно оформлять и проводить платные услуги, чтобы избежать неприятных последствий. Боюсь, что вкратце ответить на него я не смогу — юридическая сторона оказания платных медицинских услуг включает в себя множество тонких технических моментов. Приезжайте ко мне на консультацию, привозите правоустанавливающие документы, обсудим.

*Скажите, если пациенту необходимо провести всего одно платное исследование, и его можно сделать непосредственно в нашей больнице, надо ли заключать договор?*

**Тамара Ивановна Астахова,**  
терапевт.

Заключать договор на оказание даже одной платной медицинской услуги необходимо в обязательном порядке. Иначе вы рискуете получить административные взыскания и штрафы со стороны страховой медицинской компании и территориального фонда ОМС. А если это «одно платное исследование» будет стоить пациенту, по мнению следователя, «значительных денежных затрат», то даже по одному эпизоду может возникнуть основание для возбуждения уголовного дела по статье 159 УК РФ (мошенничество). Поэтому на все, что стоит пациенту хотя бы каких-то денег, я настоятельно рекомендую заключать договор. Тем самым вы обезопасите и себя, и лечебное учреждение, в котором вы работаете, от лишних претензий и неприятностей.

*Дмитрий Владимирович, как вы думаете, правда, что скоро бюджетных мест в медицинских вузах не станет совсем? Это вообще законно, чтобы умные дети оставались без образования, которое они хотели бы получить, только потому, что их родители не могут заплатить за обучение?*

**Оксана Викторовна Лемеш,**  
терапевт.

Я считаю, что беспокоиться не стоит, бюджетные места в медицинских вузах будут всегда, но их станет меньше. А конкурс на них, соответственно, будет выше.

Ⓐ

**Ждем ваших вопросов по адресу:  
115114, Москва,  
Кожевнический пр-д, д. 4, стр. 1  
или по электронной почте:  
editor@medarhive.ru.**

**Д.В. Айвазян**

адвокат Адвокатской палаты Московской области по медицинским спорам

## ПОД СТРАХОМ СТРАХОВАНИЯ

*Когда на смену всеобщей бесплатной медицине пришла система обязательного медицинского страхования (ОМС), многие решили, что это одно и то же. Ведь статья 41 Конституции РФ гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Но на деле все оказалось гораздо сложнее.*

Что из себя представляет ОМС в нашей стране? Федеральный Закон об ОМС в Российской Федерации декларирует, что:

1. ОМС предоставляет человеку право самому выбрать страховую медицинскую организацию, медучреждение или даже индивидуального предпринимателя — врача, занимающегося частной медицинской практикой.
2. Пациент имеет право на возмещение страховой медицинской организацией и лечебным учреждением ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ими обязанностей по организации предоставления медицинской помощи; имеет право на защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования. Пациент теперь всегда обязан предъявить полис ОМС, кроме экстренных случаев.
3. Согласно новому закону, предоставление права на работу по ОМС для медицинских организаций теперь имеет характер уведомления в территориальные фонды. Получив право работы в системе ОМС, больница или частная клиника обязаны обслуживать пациентов не менее года.

дицинская шутка: «Что это на самом деле — секция покажет».

Из статьи 10 Федерального Закона об ОМС следует, что в составе субъектов ОМС РФ отсутствуют работающие лица без гражданства, то есть БОМЖи. Законодатель забыл, что они тоже люди и, согласно Конституции, имеют право хотя бы на какую-то медицинскую помощь. Законодатель также совершенно позабыл о лицах, отбывающих наказание в исправительных учреждениях и содержащихся в СИЗО.

Из статьи 5 этого же закона следует, что государство самоустраняется от непосредственного процесса оказания медицинской помощи населению. Из функций государства закон определяет лишь декларации: разработка и организация... управление... установление тарифов... установление порядка распределения... и так далее. Ничего конкретного. А благие намерения и декларации в нашей стране, как показывает практика, зачастую так и остаются на бумаге. Но между тем чиновники субъектов Федерации в части распределения денежных потоков и бюджетов на ОМС наделены почти неограниченной властью.

### Ложка дегтя

А теперь давайте вернемся к тому, с чего мы начали: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». Федеральный закон об ОМС предоставляет пациенту право на получение этой самой медицинской помощи при соблюдении неких не всегда выполнимых условий. Так, если у человека при себе не будет полиса ОМС, он автоматически лишается конституционного права на получение медицинской помощи. К тому же понятие «экстренный случай» в медицине очень расплывчато. Если у человека болит живот — это экстренный случай или нет? Один врач решит, что перед ним пациент с осложненным аппендицитом, т.е. экстренный случай, проведет диагностику и сделает операцию, а другой врач определит, что у больного обострение хронического гастрита, т.е. плановый случай, и потребует предъявить полис ОМС. Вспоминается мрачная ме-

### Судьба пациента

По сути, государство предоставляет населению один путь: платить за все самим. А медицинским организациям и частнопрактикующим врачам — поднимать цены. Неудивительно, что население в основной своей массе выражает недоверие медицинской, судебной и правоохранительной системам! С другой стороны, врачи — тоже люди и потенциальные пациенты, многие из них работают за зарплату, несопоставимую со стоимостью современной жизни. Лекарственное обеспечение — отдельная и очень болезненная тема для многих пациентов и, пожалуй, практически всех хронических больных с эндокринопатиями, со злокачественными заболеваниями. Существуют определенные законом федеральные списки нозологий, выделяющие отдельные группы пациентов с правом на льготы по обеспечению дорогостоящими препаратами. Мне приходилось

неоднократно представлять интересы больных по искам, содержание которых было очень похожим: их вынуждали брать на себя расходы на лекарства. К примеру, месячный курс лечения больного с миелобластным лейкозом стоит порядка 300 000 руб., а курсов в год нужно пройти не менее 6–7. Вопрос: откуда взять такие деньги тяжело больному человеку?

Постановлениями Правительства РФ, ведомственными актами определено, что финансирование лекарственного обеспечения для категорий больных, уже имеющих статус инвалидов, должно идти из региональных бюджетов. Вполне очевидно, что ни один даже самый полный региональный бюджет не сможет обеспечить финансирование лечения даже 7–10 таких больных на регион (а есть еще более затратные категории больных с генетическими аномалиями, где годовой курс лечения доходит до 5–7 млн руб.). Региональные власти, естественно, не желают участвовать в финансировании лечения этих больных, отсюда и снижение качества диагностики отдельных заболеваний, и отказ в установлении инвалидности, и мольбы о помощи частных спонсоров в СМИ, на просторах Интернета.

## И лекарь, и счетовод

Врач поставлен законодателем в жесткие рамки по объему и качеству оказания медицинской помощи населению как с клинической, так и с финансовой стороны. Как это отразится на качестве лечения?

Врач оказался в условиях, когда надо больше заботиться не больных, а о правильности заполнения отчетной документации по затратам на лекарства, оборудование, расходные материалы, медицинский инвентарий, реактивы и химикаты, аренду и т.д. Малейшая, ничего не значащая непосредственно для здоровья пациента «хозяйственная» или «финансовая» оплошность врача может грозить ему серьезными финансовыми санкциями. И наоборот, грубейшая с клинической точки зрения ошибка может пройти незаметно.

Чтобы не быть голословным, приведу пример. 50-летний пациент с осложнениями, связанными с острым инфарктом миокарда, находится в стационаре, работающем по новой системе ОМС. Идет 25-й день госпитализации. Объективно есть показания для оперативного лечения, т.к. консервативная терапия, скорее всего, окажется малоэффективной. С одной стороны, медицинская организация, страхователь в интересах больного организуют производство дорогой (затратной) операции на сердце. С другой стороны, территориальный фонд ОМС, страховая медицинская организация стремятся сэкономить и требуют проводить консервативную терапию, чтобы все же попытаться доказать ее эффективность. В условиях дефицита финансирования лечебное учреждение, работающее в системе ОМС, и, соответственно, врач будут вынужде-

## Здоровье без границ

Дмитрий Медведев подписал Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». После вступления в силу 1 января 2012 г. нормативный акт станет новым базовым законом для российского здравоохранения. Он гарантирует право на бесплатную медицинскую помощь, выбор врача и медицинской организации, закрепляет единые стандарты оказания медпомощи. При этом под действие закона попадает как государственная, так и частная медицина.

Закон содержит ряд принципиальных нововведений: впервые дается официальное определение таких понятий, как «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинское вмешательство», «профилактика», «диагностика», «лечение», «пациент», «заболевание», — ранее, как оказалось, их просто не существовало. Закон ужесточает требования к претендентам на должности медицинских и фармацевтических работников. Помимо этого, конкретизируется порядок оказания платных и бесплатных услуг. И это далеко не исчерпывающий перечень положений: более подробно о них читайте в следующем номере журнала «Архивъ внутренней медицины».

ны вопреки интересам пациента идти на компромисс со страховой медицинской организацией и с территориальным фондом ОМС. В итоге кардиологического пациента в «состоянии относительного благополучия», якобы «ремиссии» стационар выписывает на 27-й день с соответствующими рекомендациями, когда и какие лекарства принимать. На 30-й день пациент умирает. Формально никто не виноват. История болезни, этапные и посмертный эпикризы составлены замечательно, не придерешься. Ни один эксперт не найдет нарушений. А вся тяжесть морального бремени взваливается именно на конкретного лечащего врача, ставшего заложником работы системы ОМС.

## Мы ждем перемен

Хотелось бы, чтобы граждане нашей страны, страдающие определенными, часто достаточно тяжелыми заболеваниями, не чувствовали себя покинутыми и бесправными, не растрачивали драгоценные силы в тщетных «войнах» с бюрократией. Хочется, чтобы врачам были созданы условия, в которых они будут заботиться в первую очередь о благополучии пациентов. Я бы выразил надежду, что все это может произойти в 2012 г., однако для этого нужно, чтобы финансирование медицины и здравоохранения было не 3–4% ВВП, а 10–20%. Для достижения такой цели понадобится не один год. А еще нужен комплексный подход, который вернул бы медицинскую отрасль из сегмента коммерции в социальное русло. Давайте будем думать, что в следующем году мы сделаем хотя бы несколько шагов в этом направлении! А

# ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ для журнала «Архивъ внутренней медицины»

*Уважаемые авторы! Руководство и редакция журнала «Архивъ внутренней медицины» благодарят вас за сотрудничество. Напоминаем вам, что согласно требованиям, предъявляемым к изданиям, входящим в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, при направлении статьи в редакцию журнала «Архивъ внутренней медицины» необходимо строго соблюдать следующие правила:*

1. Каждая статья должна сопровождаться официальным направлением учреждения, в котором была выполнена работа.
2. Статья должна быть напечатана на русском языке, шрифтом Times New Roman, кегль 14, через 2 интервала с шириной полей 2,5 см. В редакцию необходимо присылать 2 экземпляра статьи (в печатном и электронном виде).
3. Размер оригинальных статей, включая рисунки, таблицы, схемы, литературу, резюме и ключевые слова, учитывая кегль 14 через 2 интервала, не должен превышать 15 страниц, обзора – 20 страниц.
4. Титульный лист должен содержать: инициалы и фамилию автора (-ов); название статьи; полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнена работа, город, страну. Фамилии иностранных авторов следует писать в оригинальной транскрипции. Статья должна быть подписана всеми авторами. Кроме того, согласно новым требованиям Высшей аттестационной комиссии, для публикации в журнале и размещения на сайте издательства просьба представлять на отдельном листе сведения о каждом авторе: фамилию, имя и отчество; должность, ученую степень, ученое звание; полный почтовый служебный адрес (с шестизначным почтовым индексом) и e-mail; номер служебного телефона и факса. Также следует отметить автора (-ов), ответственного за переписку с редакцией.
5. Название статьи должно быть сформулировано по возможности информативно и емко, но кратко и без сокращений.
6. В выходных данных указываются: название работы; инициалы и фамилия автора (-ов); название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнена работа; город; страна.
7. Необходимо придерживаться следующего плана написания статьи с выделением каждого пункта в раздел (за исключением обзоров, лекций, кратких сообщений):
  - краткое введение с указанием целей и задач данного исследования;
  - раздел «Материалы и методы» должен содержать сведения о методах исследования, достаточные для их воспроизведения, однако не следует подробно описывать известные методы,

- опубликованные ранее. В этом случае достаточно дать ссылку на соответствующий источник литературы. Однако модификации известных методик, разработанные автором (-ами), нужно описать подробно. Необходимо указывать квалификацию и происхождение наиболее важных реактивов и приборов. Названия компаний и фирм-производителей следует давать в оригинальной транскрипции;
  - раздел «Результаты и обсуждение» должен быть написан кратко и логично с представлением статистической обработки результатов данного исследования;
  - выводы, резюмирующие результаты исследования;
  - список литературы в алфавитном порядке;
  - резюме на русском и английском языках, ключевые слова на русском и английском языках.
8. К статье должно быть приложено краткое резюме, отражающее содержание работы, размером не более 0,5 страницы машинописи, на русском и английском языках, с указанием названия статьи, фамилий всех авторов, а также ключевых слов к статье.
  9. Таблицы помещаются в тексте или в конце статьи. Каждая таблица должна иметь название и соответствующую ссылку на нее в тексте. В графах таблиц не должно быть пустот или не поясненных прочерков. Таблицы должны быть компактными, их шапка должна соответствовать содержанию граф. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте, обязательна их статистическая обработка и объяснение в тексте с указанием принадлежности информации к конкретной таблице. При использовании в таблице сокращений, не упомянутых в статье, или символов (\*, \*\* и т.п.) смысл их объясняется в примечании под таблицей.
  10. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. В формулах необходимо различать: строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, строчные — двумя черточками сверху), латинские буквы подчеркиваются синим карандашом, греческие обводятся красным и расшифровываются на полях, подстрочные и надстрочные буквы обозначаются дугой снизу и сверху соответственно.