**Организация оказания медицинских услуг на платной основе**

2016

Диплом

Актуальность. Нарастание негативных явлений в социальной и экономической сфере, осложнение экологической обстановки, ухудшение медицинских и демографических показателей увеличивают потребность населения в медицинских услугах.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ

.1 Организации оказания медицинских услуг в России

.2 Рынок платных медицинских услуг

.3 Правовое регулирование оказания медицинских услуг на платной основе

. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.1 Организационно-экономическая характеристика ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.2 Характеристика и эффективность платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.3 Проблемы оказания медицинских услуг на платной основе в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.1 Расширение ассортимента платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.2 Повышение качества оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.3 Оценка экономической эффективности предложенных мероприятий

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Нарастание негативных явлений в социальной и экономической сфере, осложнение экологической обстановки, ухудшение медицинских и демографических показателей увеличивают потребность населения в медицинских услугах. Институциональные изменения системы здравоохранения, продиктованные кризисом отрасли, хроническое недофинансирование медицины в 90-х гг. ХХ в. привели к невозможности выполнения в полном объеме Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что в свою очередь способствовало развитию сектора платных услуг в государственных и муниципальных лечебных учреждениях. Дисфункциональные явления в системе отечественного здравоохранения послужили основой институционализации платных медицинских услуг.

**Вернуться в каталог готовых дипломов и магистерских диссертаций –**

[**http://учебники.информ2000.рф/diplom.shtml**](http://учебники.информ2000.рф/diplom.shtml)

В ситуации нехватки финансирования большинство государственных учреждений здравоохранения пытаются найти способы зарабатывания денег на нужды организации.

Платные медицинские услуги в современной социологической литературе рассматриваются как социальный субинститут в рамках института здравоохранения, возникший в ходе трансформации системы. Процесс формирования субинститута платной медицины породил целый комплекс проблем, связанных с вопросами медикализации, этических отношений между врачом и пациентом, качества и контроля, а также условий предоставления платных медицинских услуг .

Цель выпускной квалификационной работы заключается в разработке рекомендаций по организации оказания медицинских услуг на платной основе.

Для достижения поставленной цели в выпускной квалификационной работе нужно решить следующие задачи:

рассмотреть основы организации оказания медицинских услуг в России;

показать структуру рынка платных медицинских услуг;

дать характеристику правового регулирования оказания медицинских услуг на платной основе;

привести организационно-экономическую характеристику ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»;

провести анализ эффективности платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»;

выявить проблемы оказания медицинских услуг на платной основе в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»;

предложить пути расширения ассортимента платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»;

разработать способы повышения качества оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»;

провести оценку экономической эффективности предложенных мероприятий.

Объектом исследования выступает ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ».

Предметом исследования является организация процесса оказания медицинских услуг на платной основе.

Методологической базой исследования послужили такие методы, как правовой, сравнительный, экономико-статистический, финансовый, стратегический методы анализа.

Выпускная квалификационная работа состоит из трех глав, введения, заключения, списка литературы, приложений.

В первой главе рассматриваются теоретические основы организации оказания медицинских услуг на платной основе.

Во второй главе проведен анализ организации оказания медицинских услуг на платной основе на примере ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ».

В третьей главе разработаны мероприятия по совершенствованию организации оказания медицинских услуг на платной основе на примере ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» и проведена оценка их экономической эффективности.

. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ

.1 Организации оказания медицинских услуг в России

Медицинская помощь с течением времени в новых социально-экономических условиях обрела правовое положение услуги. Отношения, связанные с предоставлением медицинских услуг, являются самостоятельным объектом, как гражданского права, так и объектом государственного регулирования.

Оказание медицинских услуг в России на данном этапе развития подразделяется на некоммерческие и коммерческие услуги. Регулирование тех и других осуществляется в первую очередь именно процесса и качества оказания услуги. Статьей 128 ГК РФ услуга обозначена, как объект гражданского правоотношения, в соответствии, с чем услуга подчиняется гражданско-правовому регулированию . Понуждение к заключению договора по общему правилу не допускается и возможно только по взаимосогласованию сторон путем их свободного волеизъявления (заключение договора) .

Для современных учреждений сферы здравоохранения России представляется перспективным подход, который требования к маркетингу как сфокусированному на потребителе и интегрированному в деятельность организации связывает с внедрением той или иной системы управления качеством.

Данное утверждение основывается на особенностях медицинских услуг в восприятии потребителей, требующих тесной интеграции менеджмента качества и маркетинга. Отметим ряд специфических характеристик медицинских услуг на основе набора характеристик, приведенного А. В. Решетниковым и дополненного М.А. Малыхиной.

. Неосязаемость: медицинские услуги невозможно попробовать до момента их оказания. Пациент, пришедший на прием к врачу, не может заранее знать, как пройдет процесс диагностики и лечения и каков будет результат.

. Неотделимость от источника, будь то врач, медсестра или медицинское оборудование. Из этого свойства следует ограничение транспортировки большинства услуг. Так, хирургические операции практически не выполняются на дому, а инъекции медицинский работник может сделать и на выезде.

. Непостоянство качества. Известный специалист окажет более квалифицированную помощь, чем молодой врач. Один и тот же специалист может оказывать услуги по-разному.

. Несохраняемость. Несохраняемость влияет на управление сезонностью спроса. В маркетинге услуг это не управление товарными остатками, а тонкая настройка процессов: увеличение штатной численности персонала на время пика спроса осенью, внедрение мобильных бригад для проведения сезонной вакцинации, и так далее. Свойство несохраняемости влияет на цикл производства-продажи услуг. В сфере медицинских услуг продажа предшествует производству и потреблению, а в промышленном маркетинге производство предшествует продаже и потреблению. Кроме того, в сфере услуг производство и потребление зачастую происходят синхронно.

Для оказания медицинских услуг требуется соответствующая квалификация персонала.

. Разнообразие медицинских услуг. Среди них есть предоставляемые только человеком (консультация пластического хирурга, общие рекомендации диетолога и т.д.). При этом значительная часть современных медицинских услуг предполагает не только присутствие квалифицированного специалиста, но и высокотехнологичное оснащение (экстракорпоральное оплодотворение, диагностика и лечение онкологических заболеваний, и т.д.).

. Индивидуальный характер услуги, обязательное присутствие пациента при ее оказании (заочные консультации не являются строго медицинскими).

. Результат профессиональной деятельности воплощен в самом человеке, в его здоровье.

. Удовлетворенность пациента базируется на субъективно воспринимаемом качестве медицинской помощи и сервиса, и часто профессионализм врача воспринимается на основе его внимательного отношения и заинтересованности в проблемах пациента, а не на основе оценки правильности диагноза и назначений, так как знания пациента зачастую недостаточны для этого.

По видам предоставления медицинские услуги в современной России могут быть как коммерческими, так и социальными, некоммерческими (система обязательного медицинского страхования).

Так как пациент сам не может определить оптимальный набор медицинских услуг в каждом случае, и для этого требуется консультация врача, возникают сложности в планировании расходов, а также в выборе поставщика медицинских услуг. Основой для выбора пациентами медицинского учреждения может стать признанная на международном уровне система стандартизации качества медицинской помощи, такая, как Объединенная международная комиссия Joint Commission International (JCI) .

Регулирование оказания бесплатной медицинской помощи производится Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно данному Закону любой гражданин РФ имеет право на бесплатную медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без оплаты в соответствии с программой государственных гарантий (ОМС) , а также на получение платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором ДМС. При этом платные услуги оказываются за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС.

Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде помощи в рамках заключенных с гражданами или организациями договоров на оказание медицинских услуг. Для оказания платных медицинских услуг организация должна соответствовать требованиям ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В частности медицинская организация должна соблюдать:

) организационно-технические условия и материально-техническое обеспечение;

) наличие в штате работников, имеющих высшее, среднее специальное, образование и прошедших специальную подготовку для осуществления организацией лицензированной деятельности, наличие у руководителя высшего специального образования и стажа работы в медицине не менее пяти лет;

) наличие лицензии на осуществление тех видов медицинских услуг, которые будет оказывать медицинская организация;

) обозначен перечень оказываемых услуг в уставных документах организации;

) составлен и утвержден прейскурант цен на платные медицинские услуги, который содержит информацию обо всех видах медицинских услуг;

) наличие договора между медицинским учреждением и пациентом на оказание платных медицинских услуг;

) повышение квалификации работников, осуществляющих медицинскую деятельность, не реже одного раза в пять лет.

Таким образом, оказывать платные медицинские услуги может далеко не любой желающий, имеющий для этого средства. Необходимо выполнение ряда условий. Тем не менее, в данном законе не звучит требование к квалификации медицинского персонала по уровню категорий, что, на наш взгляд необходимо при оказании врачебных услуг на платной основе. Также отсутствует аспект, регулирующий непосредственно качество оказываемых услуг и ответственность врачебного персонала за нарушение их оказания и причинение вреда пациенту .

Особенностью оказания платных медицинских услуг в РФ является допуск к медицинской деятельности через процедуру выдачи лицензии юридическому лицу. В последнее время условия получения лицензии на медицинскую деятельность усложнились: появилось требование о наличии сертификата по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», также организации необходимо иметь оборудование, указанное в табеле оснащения в Порядках оказания медицинской помощи по профилям, независимо от того, планируется ли его использование . С 2016 года сертификата врача, являющийся существенным лицензионным условием, будет вводиться аккредитация, механизм которой в разработке.

Следует отметить, что система здравоохранения существуют на трех уровнях — государственная, муниципальная и частная. Возникает множество управленческих и правовых проблем относительно реализации, юридического закрепления и правового режима медицинских услуг на различных уровнях системы здравоохранения .

Учитывая специфику организации работы лечебного учреждения и невозможность выдумать и предложить рынку новейшие услуги и технологии в медицине, чаще всего происходит подмена вида бесплатной медицинской помощи на платную. Такая практика недопустима. Нa caмoм дeлe, мacштaбы paзвития плaтных уcлуг до 2010 года во мнoгoм oпpeдeлялись отсутствием гapaнтий пpeдocтaвлeния бecплaтнoй мeдицинcкoй пoмoщи населению. Только в 2010-2012 годах была изменена законодательная база в системе здравоохранения, что позволило внедрить порядки и стандарты оказания медицинской помощи, включающие в себя перечень манипуляций и лекарств, положенных при определенных заболеваниях. Они гарантировали положенный объем медицинской помощи, в том числе на бесплатной основе в системе обязательного медицинского страхования .

В последнее десятилетие коммерциализация здравоохранения создает новые проблемы этического характера. Высокие темпы коммерциализации видоизменяют психологию медицинских работников, элемент платности деформирует их мораль. Некоторые руководители медицинских учреждений считают, что прибыль — главная цель здравоохранения и что оно полностью подчиняется рыночной философии. Увеличение удельного веса платных услуг в системе здравоохранения Российской Федерации мотивируется рыночными взаимоотношениями, рыночной экономикой; и если полагать, что здравоохранение является объектом рынка, то все происходящее в системе здравоохранения может быть в той или иной степени объяснимо. Однако когда между пациентом и врачом «стоят деньги», искажаются профессиональная сущность и восприятие оказываемых услуг .

В настоящее время в Российской Федерации помимо рынка государственных и муниципальных медицинских услуг существует также и рынок платных медицинских услуг, финансирование которого осуществляется в основном за счет личных средств населения.

Рынок медицинских услуг — это форма взаимоотношений (различного рода связей) между отдельными самостоятельно функционирующими хозяйствующими субъектами. С развитием элементов рыночных отношений в здравоохранении появилось понятие «медицинский субъект» как производитель медицинских услуг. Под медицинским субъектом можно понимать любое медицинское учреждение (предприятие, организацию или коллектив), производящее услуги в области здравоохранения, независимо от формы собственности. Его партнерами являются финансово-кредитные и страховые организации, другие медицинские учреждения, обеспечивающие его деятельность структуры и собственно государство в виде государственных (муниципальных) институтов различного уровня, а также реальные и потенциальные потребители медицинских услуг (пациенты и предприятия), общественные организации, отстаивающие интересы различных профессиональных групп и социальных слоев населения .

Рынок платных медицинских услуг тесно взаимодействует с рынком медицинских технологий, изделий медицинской техники, фармакологических средств и средств профилактической направленности, объединенных по стандартно-функциональным признакам.

Рынок медицинских услуг находится под воздействием различных факторов, от уровня влияния которых зависит спрос пациентов на конкретные медицинские услуги. К комплексу таких факторов следует отнести следующие:

демографические и этнокультурологические (половозрастная структура, характер территориального расселения, особенности миграционных процессов, размер и состав семей, этнический состав, образовательный и культурный уровень населения и др.);

социально-экономические (общая занятость населения, уровень безработицы, оплата труда, профессиональный состав занятых, распределение населения по уровню дохода — покупательской способности);

географические, климатические;

психологические (мотивация, восприятие, усвоение, убеждения, отношения);

случайные воздействия.

Рынок медицинских услуг также характеризуется с позиции номенклатуры предлагаемых услуг (продуктовый подход), которые могут быть дифференцированы по нозологиям, видам помощи (лечебные, диагностические, реабилитационные, профилактические), составу мероприятий (осмотр, консультация, консилиум, лечебная процедура, операция и т. д.) .

Можно выделить несколько факторов, оказывающих существенное влияние на развитие рынка медицинских услуг в России: общая экономическая ситуация в стране, рост благосостояния населения, развитие в России добровольного медицинского страхования и др. Это привело к тому, что доля граждан, желающих получить качественное медицинское обслуживание, даже по высокой цене, постоянно возрастает, а ДМС пользуются не только предприятия, но и частные лица. Расширение перечня услуг, представленных на рынке, а также совершенствование сервиса частных клиник, как и неудовлетворительное состояние государственных медицинских учреждений, способствуют развитию коммерческой медицины.

Но, с другой стороны, по мнению экспертов, развитие рынка платных медицинских услуг тормозится государственными клиниками, которые предлагают клиентам медицинские услуги по демпинговым ценам.

Тем самым можно выявить основные противоречия, характерные для современного российского рынка медицинских услуг:

. Между системой стимулов в здравоохранении и законами конкуренции высокие цены на медицинские услуги сохраняются даже при избыточном предложении.

. Между дорогостоящими медицинскими технологиями и общей доступностью медицинских услуг.

. Между реальным наличием пациентов и высокой стоимостью медицинской услуги без улучшения качества медицинской помощи.

. Противоречие в том, что действующая система стимулирования медицинского труда поощряет внедрение инноваций или повышение качества без снижения стоимости медицинской услуги.

Можно сделать вывод, что все это обусловлено тем, что слабо разработана нормативная база оказания платных медицинских услуг в здравоохранении. Кроме того, проявление рассогласованности экономических интересов в системе здравоохранения, отток молодых специалистов, снижение качества оказания медицинской помощи, сложность определения истинного объема рынка платных медицинских услуг из‐за отсутствия официальной информации о «теневом» рынке не только не способствуют разрешению уже существующих противоречий рынка медицинских услуг в России, но и порождают новые .

Развитие частного здравоохранения в России имеет ряд экономических и социальных предпосылок. Недостаточность финансирования отрасли, низкие зарплаты медицинских работников вынуждают наиболее активную, инициативную часть профессионалов переориентироваться на медицинский бизнес, в рамках которого можно рассчитывать на финансовый успех. Подобные же процессы, происходящие во всех отраслях экономики, привели к появлению достаточно широкого слоя платежеспособных пациентов, которые хотят получать медицинские услуги более высокого качества и в более комфортных для себя условиях и готовы за это платить. Для них одним из главных критериев становится качество и эффективность получаемых услуг.

Старение населения, увеличение числа лиц, нуждающихся в постоянном врачебном контроле и сестринском уходе, усиливает давление на бюджет здравоохранения и выдвигает дилемму — либо перевод части медицины на самоокупаемость, либо ухудшение качества медицинской помощи. Наличие платежеспособных людей среди населения старших возрастных групп и увеличение спроса на подобного вида услуги стимулируют развитие коммерческой медицины .

Изучение рынка медицинских услуг включает в себя сегментацию рынка, анализ рыночной конъюнктуры, выявление конкурентов и другие элементы. Основными объектами сегментации являются сами медицинские услуги, потребители и организации, оказывающие данные услуги .

Российский рынок платной медицины сегодня предлагает услуги потребителю как минимум по 34 основным медицинским специальностям. По оценке экспертов, крупнейшим сегментом рынка частной медицины в России является стоматология. Этот сегмент оценивается экспертами в 60% (рис. 1).

На втором месте находится гинекология — 20%, на третьем — диагностика — 10%. В последнее время на рынке активно развивается косметология, доля которой оценивается в 6%.

Реализация медицинских услуг может быть в виде следующего процесса: прямой (врач-Пациент) опосредованной (врач — лечебное устройство — Пациент); групповое врачевание (группа врачей — комбинация лечебных устройств — Пациент) .

Рис. 1. Основные сегменты рынка платных медицинских услуг в России, %

Рынок платных медицинских услуг тесно взаимодействует с рынком медицинских технологий, изделий медицинской техники, фармакологических средств и средств профилактической направленности, объединенных по стандартно-функциональным признакам.

Рынок медицинских услуг находится под воздействием различных факторов, от уровня влияния которых зависит спрос пациентов на конкретные медицинские услуги. К комплексу таких факторов следует отнести следующие:

демографические и этнокультурологические (половозрастная структура, характер территориального расселения, особенности миграционных процессов, размер и состав семей, этнический состав, образовательный и культурный уровень населения и др.);

социально-экономические (общая занятость населения, уровень безработицы, оплата труда, профессиональный состав занятых, распределение населения по уровню дохода — покупательской способности);

географические, климатические;

психологические (мотивация, восприятие, усвоение, убеждения, отношения);

случайные воздействия.

Ценообразование является одним из важнейших элементов маркетинговой стратегии медицинского учреждения. В сущности, цена отражает то, насколько правильно была разработана и реализована маркетинговая программа учреждения, каковы основные результаты и эффективность его деятельности.

Цена медицинской услуги — это объективный фактор, определяющий прибыльность учреждения, поскольку, во-первых, прибыль есть разница между суммарной выручкой от объема реализуемых платных медицинских услуг и суммарными затратами, а во-вторых, от уровня цен зависит объем реализуемых услуг. Ценообразование является сложным процессом, особенно в отношении медицинских услуг, поскольку для многих их видов нет каких-либо узаконенных правил или принципов ценообразования .

Методика ценообразования на основные виды платных медицинских услуг представляет собой совокупность последовательных этапов.

Первый этап — формирование ключевой маркетинговой стратегии организации в зависимости от ее положения на рынке медицинских услуг. В качестве основных стратегий, из которых осуществляется выбор, используются следующие, наиболее часто применяемые коммерческими организациями:

. Обеспечение выживаемости. Становится основной стратегией частного медицинского учреждения в тех случаях, когда на рынке медицинских услуг слишком много конкурентов и резко меняются потребности пациентов или с целью привлечения пациентов при выходе новой организации на сложившийся рынок.

. Максимизация текущей прибыли. Предусматривает оценку спроса и затрат применительно к разным уровням цен и выбор такой цены, которая обеспечивает максимальное возмещение затрат. В подобных случаях текущие финансовые показатели для учреждения важнее долговременных.

. Завоевание лидерства по показателям доли рынка. Добиваясь лидерства по показателям доли рынка, организации идут на максимально возможное снижение цен.

. Завоевание лидерства по показателям качества медицинских услуг. Требует установления на услуги высокой цены с целью покрытия издержек на достижение высокого качества и проведение дорогостоящих НИОКР.

В практике коммерческих медицинских учреждений г. Москвы среди рассмотренных маркетинговых стратегий наиболее часто (в 44,6% случаев) используется стратегия максимизации текущей прибыли. В среднем 34,2% негосударственных медицинских учреждений прибегают к практике низких цен в надежде на ответную реакцию пациентов; 27,9% медицинских учреждений стремятся к роли лидеров по показателям долей рынка, и только 11,2% медицинских учреждений добиваются лидерства по показателям качества медицинских услуг .

Второй этап. Проведение структурного анализа взаимодействия цены и спроса в разных временных интервалах, а также изучение воздействия на спрос иных факторов (уровня доходов населения, численности пациентов и т. д.). Известно, что цена, которую устанавливает частное медицинское учреждение, отражается на уровне спроса на его медицинские услуги. Цена и спрос находятся в обратно пропорциональной зависимости, т. е. чем выше цена на медицинскую услугу, тем меньше спрос на нее.

**[Смотрите также:   Дипломная работа по теме "Формирование рыночного уклада в системе газоснабжения жилищно-коммунального хозяйства в условиях г. Череповца"](https://sprosi.xyz/works/diplomnaya-rabota-na-temu-formirovanie-rynochnogo-uklada-v-sisteme-gazosnabzheniya-zhilishhno-kommunalnogo-hozyajstva-v-usloviyah-g-cherepovcza-imwp/" \t "_blank)**

Третий этап. Оценка издержек медицинского учреждения. Как правило, спрос определяет максимальную цену, которую данное учреждение может запросить за свои услуги. Минимальная же цена определяется издержками собственно медицинского учреждения .

Процедура аккредитации призвана создать совокупность норм безопасного и качественного обслуживания внутри отдельно взятой компании, которая стремится непрерывно совершенствовать методы и результаты медицинского ухода. Следуя таким принципам, медицинское учреждение получает возможность расширить рамки общественного доверия организации, которая ставит во главу угла безопасность пациентов и высокое качество медицинского обслуживания; более эффективно решать вопросы по источникам оплаты за предоставление медицинских услуг, опираясь на показатели качества лечения и обслуживания; выслушивать пациентов и их семьи, относиться с уважением к их правам, а также привлекать их как участников для ухода за пациентом; и, наконец, установить действующее руководство для обеспечения качества и безопасности пациентов на всех этапах обслуживания. Помимо этого в результате получения международной аккредитации лечебное учреждение получает независимое экспертное заключение и авторитетное признание, посредством которых имеет инструмент для дальнейшего совершенствования своей деятельности и для привлечения пациентов на основе доверия к качеству оказываемой медицинской помощи.

Очень актуальна в частной медицине проблема медицинского менеджмента. Механизмы по управлению бюджетным и частным медицинским центром разные. Тут действуют свои экономические законы, обусловленные формой собственности. Перед государственным ЛПУ не стоит задача зарабатывания денег, в теории бюджетное предприятие должно просто экономно оприходовать бюджетные средства .

Персонал в современном медицинском бизнесе играет ключевую роль. От уровня квалификации сотрудников, профессиональных знаний и практического опыта во многом зависит успешность или неудачность предпринимательской деятельности лечебно-профилактических учреждений. Участники индустрии здравоохранения прекрасно осознают это обстоятельство и поэтому стараются привлечь к сотрудничеству высококлассных специалистов: врачей, менеджеров, технических работников, младший медицинский персонал.

Поскольку в лечебном деле наемный персонал находится в постоянном контакте с потребителями услуг — пациентами, организаторы медицинского бизнеса практически всегда предъявляют к будущим работникам требования двоякого рода: профессиональная компетентность, морально-этические качества личности .

.3 Правовое регулирование оказания медицинских услуг на платной основе

На сегодняшний день достаточно актуальными являются вопросы правового регулирования, связанные с оказанием медицинских услуг. Это, несомненно, вызвано постоянным реформированием законодательства о здравоохранении и оказанием различной по своей сложности медицинской помощи гражданам. В современном правовом государстве в сфере здравоохранения каждый гражданин должен иметь гарантии качества получения высококвалифицированных медицинских услуг, и в первую очередь ими должны стать правовые гарантии. В этой связи юридический аспект оказания медицинских услуг приобретает все большую актуальность и представляет значительный научный и практический интерес для исследований в этой области.

Нормы гл. 39 ГК РФ закрепили лишь общие и основные подходы к регулированию отношений, связанных с возмездным оказанием медицинских услуг. Вместе с тем специфический характер данного рода отношений требует более детального и обстоятельного решения целого ряда вопросов, возникающих перед теорией и практикой при оказании медицинских услуг .

Российская Федерация в соответствии с Конституцией РФ является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Одним из общепризнанных социально-экономических прав, закрепленных в Конституции РФ, стало право на охрану здоровья и медицинскую помощь (статья 41). Основу данного права составляют нормы международных актов: статья 25 Всеобщей декларации прав человека и статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах .

В соответствии со ст. 150 ГК РФ здоровье является самостоятельным объектом гражданских правоотношений в ряду нематериальных благ. И если рассматривать данную категорию применительно к возмездному оказанию медицинских услуг, то здоровье гражданина будет являться составляющим компонентом медицинской услуги, т.к. чаще всего именно от правильной и надлежащим образом оказанной медицинской услуги зависит хорошее самочувствие, а в некоторых случаях жизнь и здоровье человека. Тем не менее, понятие «здоровье» как цель медицинской услуги, а также как самостоятельный объект гражданских правоотношений нуждается в правовом определении. В ранее действующем законодательстве понятие «здоровье» отсутствовало. Но в настоящее время вступивший в действие с 1 января 2012 г. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепил ряд общих понятий, регулирующих деятельность возмездного оказания медицинских услуг . В соответствии со ст. 2 данного закона здоровье — это состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

В ранее действующем гражданском законодательстве не давалось понятия и медицинской услуги. «Медицинская услуга», с точки зрения ее гражданско-правового регулирования, появилась в законодательстве недавно. До сих пор данная услуга отождествлялась с понятием «медицинская помощь». Анализ правовой литературы в этой сфере, позволял характеризовать медицинскую услугу, как вид медицинской помощи, оказываемый медицинскими работниками и учреждениями здравоохранения населению . Тем не менее правовое разграничение «медицинской услуги» и «медицинской помощи» не вызывало сомнений и имело большое значение для правильной трактовки понятия медицинской услуги.

Особый предмет, на который воздействует медицинская услуга, объясняет ее следующий характерный признак — профессиональный характер медицинской услуги. Медицинская услуга представляет собой разновидность профессиональных услуг, что обуславливает повышенные требования к квалификации исполнителя такой услуги. В связи с этим особо актуальными являются вопросы обособления медицинской услуги от других видов профессиональных услуг.

В обязательстве по оказанию медицинских услуг всегда участвуют две стороны: заказчик и исполнитель.

Исполнителями медицинской услуги могут выступать медицинские организации или индивидуальные предприниматели. К медицинским организациям относятся юридические лица разной организационно-правовой формы. Государственные и муниципальные медицинские учреждения могут оказывать платные медицинские услуги дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи по специальному разрешению органа управления здравоохранения. Необходимо помнить, что в связи с тем, что медицинская деятельность на прямую связана со здоровьем граждан, то на территории РФ данная деятельность осуществляется на основе лицензии. Более того к медицинской деятельности допускаются лица, имеющие высшее и среднее медицинское образование, полученное в РФ, а также диплом и сертификат специалиста. Все это, несомненно, свидетельствует о наличии большой ответственности, которая возлагается на исполнителя медицинской услуги.

Заказчики медицинской услуги — граждане, имеющие намерение заключить договор либо заключившие договор возмездного оказания медицинских услуг для личного потребления, а также граждане или организации (юридические лица), заключившие договор возмездного оказания медицинских услуг для потребления пациентами — третьими лицами.

Медицинская услуга, как объект гражданских прав предоставляется на условиях договора. В соответствии с п. 1 ст. 161 ГК РФ сделки юридических лиц (в том числе субъектов медицинской деятельности) с гражданами должны совершаться в простой письменной форме.

При заключении договора возмездного оказания медицинских услуг необходимо, чтобы он отвечал общим требованиям, предусмотренным действующим гражданским законодательством: содержал все существенные признаки соглашения между заказчиком и исполнителем, объем и качество предоставляемой медицинской услуги, срок ее исполнения, стоимость, права и обязанности сторон, порядок разрешения возникающих споров.

Кроме того, договор на оказание медицинских услуг должен фиксировать следующие моменты: акт воли пациента (письменное согласие пациента на медицинское вмешательство, полученное в ходе разъяснения ему состояния его здоровья, выбранного способа лечения и его альтернатив, последствий и др.), условия о конфиденциальности информации, полученной в результате оказания медицинской услуги (врачебная тайна).

Объектом врачебной тайны является информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

Врачебную тайну можно разделить на две части:

) сведения о больном, его заболевании, интимной жизни, полученные медработником при исполнении профессиональных обязанностей (сбор анамнеза, результатов обследования, лечения) и не подлежащие разглашению;

) степень информированности больного о состоянии его здоровья с учетом индивидуальных особенностей личности, т.е. сведения о больном, которые врач не должен сообщать самому больному (неизлечимость заболевания, неблагоприятный клинический прогноз и т.п.).

Неотъемлемой частью договора также должна быть текущая медицинская документация (история болезни и т.д.) и документ, подтверждающий оплату медицинской услуги (чек, квитанция и др.).

Медицинское учреждение, в свою очередь, обязано предоставить пациенту медицинские услуги определенного объема и качества. Вопрос качества, оказываемой услуги, является достаточно спорным. Качество и объем медицинской услуги зависят от того, кто конкретно ее предоставляет, а также от того, кому, когда, где и как она предоставляется. В зависимости от физического состояния пациента исполнение медицинской услуги характеризуется неоднородностью и изменчивостью. Поэтому предоставление медицинской услуги зависит от конкретных обстоятельств, которые могут усложнять или каким-то иным образом повлиять на ее исполнение.

Как отмечает Л.Ж. Аттаева, К.А. Егиазарян, по юридической характеристике данный договор является «консенсуальным, возмездным, синаллагматическим». К этим характеристикам необходимо было бы отнести еще одну — публичность договора, однако, руководствуясь нормой статьи 426 ГК РФ, публичным признается договор, заключенный коммерческой организацией и устанавливающий ее обязанности по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг, которые такая организация по характеру своей деятельности должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится.

Однако исполнителем по данному договору по общему правилу являются некоммерческие организации. Потому в силу прямого указания закона публичным данный договор быть не может, что, конечно же, неверно, поскольку тем самым нарушаются права пациента на охрану здоровья.

Предметом договора возмездного оказания медицинских услуг может быть профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь (Правила предоставления платных медицинских услуг). Таким образом, перечень услуг, являющихся по своему характеру медицинскими, определен как исчерпывающий .

. Гражданский кодекс РФ, в частности: правила о бытовом подряде (ст. ст. 730 — 739); общие положения о подряде (ст. ст. 702 — 729) — в части, не исключенной указанными правилами; правила договора купли-продажи о правах покупателя по договору розничной купли-продажи на случай передачи ему товара ненадлежащего качества (ст. ст. 503 -505) .

. Закон РФ «О защите прав потребителей» регулирует правоотношения между потребителем и исполнителем в части, не урегулированной ГК РФ, в случае ненадлежащего оказания или неоказания ему услуг (ст. ст. 1 — 17, 27 — 39) . Не является задачей Закона о защите прав потребителей учитывать специфику процесса оказания медицинской помощи и отношений оказания медицинских услуг. Он рассчитан на регулирование прежде всего 1) экономических отношений 2) с участием потребителя любых товаров, работ, услуг. С другой стороны, положения Закона о защите прав потребителей оказываются недостаточными или применимыми с рядом оговорок или дополнений к отношениям в связи с оказанием медицинских услуг (например, вопрос о сроках оказания услуг должен решаться в контексте своевременности оказания медицинской помощи применительно к моменту в развитии патологии, а не к моменту, установленному договором).

Медицинская услуга прямым образом воздействует на организм человека, поэтому она должна соответствовать определенным требованиям. Однако, на практике, при оказании медицинских услуг может полностью или частично отсутствовать ожидаемый результат при абсолютно надлежащем ее исполнении, т.к. при оказании такого рода услуг риск причинения вреда жизни и здоровью посредством медицинского вмешательства даже при условии добросовестного и надлежащего исполнения медицинской услуги чрезмерно высок. Этим объясняется проблема квалификации действий исполнителя и определения качества оказанной медицинской услуги. Несмотря на осуществление исполнителем медицинской услуги сугубо профессиональных действий, их анализ и оценка качества услуги остаются правовыми. Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Но нельзя не согласиться, что качество оказываемой услуги, будет напрямую зависеть и от действий самого пациента, т.е. насколько точно им будут исполняться предписания врача. Только совокупность совместных действий врача и пациента, позволит добиться максимального качества оказываемых медицинских услуг. Таким образом, предусмотренный гражданским кодексом механизм оценки качества оказываемых услуг не совсем применим к данным видам правоотношений и, по сути, остается не урегулированным.

В договоре, заключенном между сторонами невозможно прописать всех особенностей качества, оказываемых услуг. Кроме того не урегулированными остаются вопросы правовой регламентации ответственности сторон. Анализ судебной практики показывает, что в настоящее время возросло количество споров, затрагивающих права и обязанности сторон, а также влияющих на ответственность сторон при надлежащем или ненадлежащем качестве оказываемой медицинской услуги.

Сам процесс оказания платных медицинских услуг регулирует Постановление от 04.10.2012 № 1006 Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг . Данные Правила определяют, как и на каких условиях, гражданам должна оказываться платная медицинская помощь. Помимо этого, данным документом установлен порядок заключения медицинскими организациями договора с гражданами, требования к его содержанию. Однако данный документ содержит множество коллизий, используя которые недобросовестные учреждения платной медицины имеют возможность уходить от наказания за некачественное выполнение своей работы.

В вопросах ценообразования на платные медицинские услуги права лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) регламентируются постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 239 (в ред. 23 апреля 2008 г.) «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)» , в котором предписывается не применять государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для всех хозяйствующих субъектов независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, осуществляемое путём установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности, декларирования повышения цен на все виды продукции производственно-технического назначения, товаров народного потребления и услуг, кроме предусмотренных в этом постановлении. Медицинские учреждения вправе самостоятельно решать вопрос об утверждении цен (тарифов) на оказываемые платные медицинские услуги. медицинская услуга платный здравоохранение

Таким образом, в настоящее время существует достаточно обширная нормативно-правовая база для предоставления платных медицинских услуг населению. ЛПУ получили самостоятельность в утверждении тарифов на медицинские услуги, в выборе вариантов их оказания, предоставлена свобода в вопросах формирования и распределения фонда оплаты труда между сотрудниками, участвующими в оказании медицинских услуг населению на платной основе . Тем не менее, состояние современного российского здравоохранения показывает, что на практике очень слабо реализуется экономический потенциал медицинских учреждений, рынок платных медицинских услуг ещё не достаточно развит. Такое состояние отрасли можно объяснить недостаточным уровнем предпринимательской активности менеджеров медицинских организаций (в первую очередь, главных врачей), низким уровнем мотивации персонала ЛПУ к предоставлению платных медицинских услуг населению, отсутствием или недостаточной прозрачностью зависимости между количеством и качеством оказанных платных медицинских услуг и уровнем заработной платы сотрудников, отсутствием методов и моделей управления медицинскими услугами в новых условиях хозяйствования, в результате чего законодательно закреплённые права ЛПУ на практике реализуются не в полной мере .

Выводы

Рынок коммерческой медицины можно разделить на четыре сектора: стоматология, гинекология, диагностика и косметология, небольшой процент занимают клиники, которые оказывают широкий спектр услуг — от диагностики до хирургических операций.

Анализ действующего законодательства позволяет сделать вывод, что отдельные нормы ГК РФ не совсем применимы к оказанию медицинских услуг, а медицинские услуги нуждаются в специальном регулировании, но, тем не менее, это не отвергает гражданско-правового характера указанных услуг. Таким образом, возникает необходимость детальной правовой регламентации медицинской услуги. Важно законодательно закрепить квалифицирующие ее правовые признаки, а также понятия иных, связанных с нею услуг, оказываемых медицинскими организациями. Необходимо обратить внимание на качество медицинских услуг, оно должно соответствовать обязательным требованиям стандартов медицинской помощи и современному уровню медицинской науки, изменяемым с учетом условий оказания медицинской помощи и состояния здоровья пациента, особенностей его организма, а также особенностям заключенного договора возмездного оказания медицинских услуг.

Более детальная правовая регламентация ответственности сторон при исполнении обязательств по возмездному оказанию медицинских услуг, позволила бы значительно сократить количество судебных споров в этой сфере, а разработка полной системной правовой базы, регламентирующей данные правоотношения стала бы успешной гарантией осуществления медицинской деятельности.

В настоящее время существенным недостатком в области правового регулирования медицинских услуг является определение правового критерия оценки качества оказываемых медицинских услуг.

Поскольку главная цель любого коммерческого предприятия — получение прибыли, то и все бизнес-процессы должны быть подчинены этой цели. В лучших клиниках частного сектора, где уровень менеджмента на порядок выше, чем в государственных, выстроена продуманная цепочка материальной заинтересованности всех сотрудников в результатах своего труда, начиная с главного врача до любого специалиста. При этом налажена четкая система контроля за соблюдением стандартов лечения и этических норм при оказании медицинских услуг.

. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.1 Организационно-экономическая характеристика ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» открыта в мае 2000 г. Департаментом здравоохранения г.Москвы и Управлением здравоохранения юго-западного административного округа г. Москвы .

ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» расположена в районе Южное Бутово по адресу: улица Южнобутовская, д.87. Численность обслуживаемого населения Южного и Северного Бутово — 241121 человек, в том числе 229389 — взрослого населения, 11732 — детского населения.

В составе ГБУЗ «КДП№121 ДЗМ» имеется головное здание и 7 филиалов.

В составе объединения имеется 23 отделения, в том числе 5 женских консультаций, 2 педиатрических отделения, 2 круглосуточных травмпункта и онкологическое отделение, которые имеют справочный телефон.

Амбулаторный центр был создан в октябре 2012 года в соответствии с постановлением Правительства города Москвы.

Правительством РФ проведена реорганизация и модернизация здравоохранения: в АЦ установлено МРТ, КТ, рентгенаппарат на 3 рабочих места, УЗ аппараты экспертного класса, проведена замена устаревшего оборудования — 8 флюрографов, 15 стоматологических установок, лабораторно-диагностического оборудования, оборудования функциональной диагностики и т. д.

Структура управления ГБУЗ «КДП№121 ДЗМ» является линейно-функциональной.

Учреждение возглавляет главный врач, который назначается и освобождается от должности в установленном порядке Руководителем Департамента здравоохранения города Москвы. Главному врачу непосредственно подчиняются главный бухгалтер, заместитель по лечебной части, заместитель по клинико-экспертной работе, начальник по хозяйственной части, начальник отдела кадров, главная медицинская сестра, юрист-консульт и начальник отдела информатизации, которые осуществляют руководство структурными подразделениями.

Характеристика отделений ГБУЗ «КДП№121 ДЗМ» представлена в табл. 1.

В отсутствие главного врача его должностные обязанности исполняет заместитель главного врача по медицинской части, который назначается и освобождается от должности приказом главного врача учреждения. Амбулаторно-поликлинические учреждения обозначаются соответствующей вывеской, стационарные подразделения — соответствующими табличками.

В составе амбулаторно-поликлинического учреждения предусмотрены:

оперативный отдел (регистратура для приема больных, вызовов на дом);

врачебные кабинеты для приема амбулаторных больных;

помещение для хранения запаса медикаментов, оборудованное пожарной и охранной сигнализацией;

площадка с твердым покрытием для стоянки автомашин, соответствующая по размерам максимальному числу автомашин, работающих одновременно.

Оперативный отдел (регистратура) амбулаторно-поликлинического учреждения обеспечивает прием обращений (вызовов) населения и оснащен специальным оборудованием для хранения амбулаторных карт.

Также в ГБУЗ «КДП№121 ДЗМ» проводятся все базовые методы исследования: ФВД, холтер мониторирование, АД мониторирование, бодиплетизмография, денситометрия, Эхо кардиография, УЗДГ сосудов шеи и ног, РЭГ, ЭЭГ, различные виды УЗ-исследований, КТ, МРТ и др.

В головном здании и в каждом филиале объединения оказывается первичная медико-санитарная помощь врачами-терапевтами участковыми, врачами-хирургами, врачами-урологами, врачами-оториноларингологами, врачами- офтальмологами, врачами- инфекционистами, в головном здании и филиале №7 врачами-педиатрами участковыми, в головном здании и филиалах №2, №3, №4, №5 врачами-акшер-гинекологами .

Каждый филиал имеет кабинеты функциональной диагностики, где проводятся рутинные методы обследования: функция внешнего дыхания, ЭКГ, АД-мониторирование, Холтер-мониторирование, различные виды ультразвуковой и рентгенологической диагностики.

.2 Характеристика и эффективность платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

Платные медицинские услуги населению предоставляются по доврачебной, амбулаторно-поликлинической помощи, стационарной, специализированной медицинской помощи, прочим работам и услугам: применение новых клеточных технологий в здравоохранении. Платные медицинские услуги населению осуществляются в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется на основании лицензии на медицинскую деятельность.

**[Смотрите также:   Дипломная работа по теме "Организация оплаты труда на предприятии АО 'СКДМ'"](https://sprosi.xyz/works/diplomnaya-rabota-na-temu-organizacziya-oplaty-truda-na-predpriyatii-ao-skdm-imwp/" \t "_blank)**

Учреждение оказывает платные медицинские услуги населению в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006.

Учреждение ведет статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых платных медицинских услуг населению, составляет требуемую отчетность и представляет ее в порядке и сроки, установленные законами и иными правовыми актами Российской Федерации. Статистический и бухгалтерский учет и отчетность ведутся раздельно по основной деятельности и платным медицинским услугам.

ГБУЗ «Клинико-диагностическая поликлиника № 121 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ») имеет лицензию № ЛО-77-01-006443 от 29.07.2013г. на осуществление медицинской деятельности выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (Отдел лицензирования: г.Москва, Оружейный пер., д.43)

Нормативно-правовые акты, регламентирующие предоставление платных медицинских услуг КДП № 121:

. Федеральный закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»

. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.10.2013г. № 944 «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы».

ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» оказывает платные медицинские услуги физическим лицам, юридическим лицам, а также в рамках программ добровольного медицинского страхования.

Основными целями создания отделения платных услуг ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» являются:

повышение доступности и ассортимента медицинской и других видов помощи населению, учреждениям, организациям по соответствующему профилю в рамках возможностей поликлиники;

укрепление материально-технической базы поликлиники;

интенсивное и более эффективное использование мощностей поликлиники на основе применения самых современных достижений научно-технического прогресса в медицине;

совершенствование организации труда и управления;

повышение материального уровня работников поликлиники и их социальной защищенности;

создание условий, обеспечивающих проявление высокой личностной заинтересованности каждого работника в существенном и неуклонном повышении эффективности, как личной работы, так и коллектива в целом, подготовке к высокопроизводительному труду.

Желание пациента или юридического лица получить именно платную медицинскую услугу является достаточным основание для оказания медицинских услуг за плату.

Также платные медицинские услуги могут быть оказаны:

в рамках целевых программ;

на условиях анонимности (кроме случаев, предусмотренных законодательством РФ);

по видам и объемам медицинских услуг, не включенных в территориальную программу государственных гарантий бесплатной помощи;

гражданам иностранных государств, лицам без гражданства;

при отсутствии полиса обязательного медицинского страхования.

Департаментом здравоохранения города Москвы утвержден Перечень платных услуг, которые могу быть оказаны населению, представленный в Приложении.

В настоящее время ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» оказывает платные медицинские услуги по хирургии, эндоскопии, урологии, офтальмологии, первичным и периодическим медицинским осмотрам, терапии, неврологии, терапевтической и хирургической стоматологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, услуги отделения медицинской реабилитации, ультразвуковым исследованиям (УЗИ), акушерству и гинекологии, функциональной диагностике, оториноларингологии, детству, медицинской реабилитации, а также рентгенологическим исследованиям, магнитно-резонансоной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ),

Хирургическое отделение является структурным подразделением ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ». В отделении ведут прием хирурги, флебологи, ортопеды, урологи, андрологии, эндоскописты и колопроктологи, которые проводят диагностические, экстренные и плановые манипуляции.

В филиале № IV функционирует кабинет диабетической стопы. В головном учреждении развернут операционный блок с дневным стационаром на 7 коек. На базе головного учреждения проводятся стационарзамещающие оперативные вмешательства по иссечению доброкачественных новообразований кожи (атеромы, липомы, невусы и т.д.), флебэктомии, герниопластики при пупочных и паховых грыжах, пункционные биопсии щитовидной железы под контролем УЗИ, консервативное и оперативное лечение заболеваний мочеполовой системы, удаление геморроидальных узлов, папиллом и кондилом перианальной области и анального канала.

Цены на платные медицинские услуги установлены в Прейскуранте, утвержденном главным врачом «КДП № 121 ДЗМ».

В отделении платных услуг работают врачи 36 специальностей, в том числе 518 врачей и 733 среднего медицинского персонала. Для удобства пациентов проводится предварительная запись. Договор на платные медицинские услуги можно заключить в отделении платных медицинских услуг.

Приоритетным направлением деятельности ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» в оказании платных медицинских услуг являются договоры со страховыми компаниями на оказание услуг застрахованным по договорам ДМС. руководство ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» провело переговоры со страховыми компаниями для анализа проделанной за предыдущие годы плодотворного сотрудничества работы, наметились пути дальнейшего взаимодействия на принципах партнёрства с целью снижения убытков и с той и с другой стороны.

В результате переговоров были уточнены следующие вопросы: удовлетворённость качеством оказания платных медицинских услуг и их стоимостью, структуры программ ДМС и возможности увеличения их ассортимента, отдельные вопросы по медико-экономической экспертизе. Страховые компании, в свою очередь, интересовали вопросы снижения стоимости на одного застрахованного и скорейшее внедрение с нашей стороны нового программного обеспечения для улучшения организации совместной работы. В результате встреч со страховыми компаниями была выработана ценовая стратегия, определена ниша на рынке услуг ДМС по городу Москве. По состоянию на 1 января 2016 года ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» заключила договоры более чем с 70 страховыми компаниями и иными юридическими лицами.

Договоры с иными юридическими лицами — это договоры по проведению профосмотров и оказания иных медицинских услуг сотрудникам организаций, договоры на оказание услуг пациентам медицинских центров отсутствующих у них услуг, например, рентгенологических исследований, компьютерной томографии, лабораторных исследований и т.д.

Договоры с физическими лицами на оказание платных медицинских услуг ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» заключает, если сами граждане выразили желание получить услуги за плату и подписали информированное согласие об отказе получения данных видов медицинской помощи на бесплатной основе. В ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» к таким пациентам относятся, в основном пациенты, прикреплённые по договорам ДМС, у которых данные виды медицинских услуг либо не входят, либо ограничены в программе прикрепления по ДМС, а также те пациенты, у которых данные виды медицинских услуг не входят в территориальную программу государственных гарантий, либо они сами решают, какие виды обследований они хотели бы осуществить.

Врачи первого уровня, используя все возможные диагностические (аппаратные и лабораторные методы диагностики), проводят полное и всесторонне обследование организма с целью выявления основного диагноза, сопутствующих диагнозов, определения тактики лечения, возможных противопоказаний к применению отдельных видов лечения, а также прогнозирования срока лечения и возможных осложнений.

В случаях выявления редких, тяжелых, неконтролируемых заболеваний, требующих вмешательства узкопрофильных специалистов, пациент записывается на прием к врачу второго уровня медико-санитарной помощи.

Деятельность врачей второго уровня направлена на дифференциальную диагностику, подбор профильного лечения и формирования групп диспансерного наблюдения из числа пациентов с хроническими формами заболевания. Пациент в ходе лечения может наблюдаться как у врача-специалиста второго уровня, так и с рекомендациями врача-специалиста первого уровня у своего лечащего врача. В случае необходимости госпитализации или оказания высокотехнологичной помощи, пациенту выдаются направления в стационары, научно-исследовательские и лечебно-диагностические центры по профилю его заболевания.

Данная схема действует на всей территории Амбулаторно-поликлинического центра, вне зависимости от того, к какому из филиалов прикреплен пациент. Таким образом, пациент из филиала №2 направляется в филиал №1, при этом ему не нужно переприкрепляться либо оформлять какие-либо дополнительные документы.

Также следует отметить, что приведенная схема маршрутизации универсальна для врачей-специалистов всех профилей. Внедренная маршрутизация изменила роль врача-терапевта участкового с традиционной роли на роль лечащего врача, т.е. врача координирующего усилия врачей-специалистов в едином русле наиболее эффективного лечения пациента.

Более подробно маршрутизация указана на рис. 2-3.

Рисунок 2 — Маршрутный лист пациента при обращении с целью профилактики

Рисунок 3 — Маршрутный лист пациента при обращении по поводу заболевания

Пример — маршрутизация пациента с кардиологическими заболеваниями.

. При первичном обращении с целью профилактики, у пациента на доврачебном уровне в Центре профилактики было выявлено повышенное содержание холестерина в крови.

. Пациент с подозрением на наличие заболевание направлен на консультацию к врачу-терапевту участковому.

. Пациент получает талон на прием к врачу-терапевту участковому в регистратуре или на терминале ЕМИАС.

Рисунок 4 — Порядок маршрутизации пациентов кардиологического профиля

. Врач-терапевт участковый после проведения осмотра ставит предварительный диагноз Ишемическая болезнь сердца. Для уточнения диагноза и подбора адекватного лечения пациент направляется на второй уровень — к врачу-кардиологу.

. Пациент получает направление на консультативный прием к врачу-кардиологу от врача-терапевта участкового.

. После консультации кардиолога пациенту выдается заключение с рекомендациями (форма 027/у). Для дальнейшего динамического наблюдения пациент при легкой степени и/или отсутствии неблагоприятного прогноза развития болезни возвращается к терапевту, а при средней степени и/или неблагоприятном развитии болезни остается у кардиолога и получает от врача талон на повторный прием.

. Если необходимо стационарное лечение, высокотехнологическая медицинская помощь, кардиологами выдается направление в медицинские организации 3 уровня — стационары.

. Пациента, поставленного на диспансерный учет, приглашают на повторное посещение согласно утвержденного плана по диспансерной группе. Пациент при этом талон не получает, а его карта заранее передается в кабинет врача-специалиста.

. При внезапном изменении состояния здоровья, пациент может попасть на внеплановый прием к врачу-специалисту в специально зарезервированное для этого время (не менее трех временных интервалов в приемные часы каждого врача-специалиста).

.3 Проблемы оказания медицинских услуг на платной основе в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

В рамках проведения выпускной квалификационной работы был проведен опрос пациентов ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» с целью оценки качества оказания медицинских услуг. В ходе исследования было опрошено 100 респондентов, из них 46% женщин и 54% мужчин. При этом средний возраст опрошенных составил 52 года.

Наибольшая доля респондентов, принявших участие в опросе, относится к категории пенсионеров и работающих граждан (54% и 44% соответственно). Распределение опрошенных согласно их социальному статусу представлено на рис. 5.

Рисунок 5- Распределение опрошенных согласно их социальному статусу, %

Основной блок социологического исследования состоял из 10 вопросов.

Шкала оценки в анкете была построена в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.05.2009 №118:

,0 — удовлетворены полностью;

,75 — больше удовлетворены, чем не удовлетворены;

,5 — удовлетворены не в полной мере;

,25 — затруднились ответить

— не удовлетворены.

Кроме того, по результатам полученных данных был рассчитан коэффициент удовлетворенности пациента (средний балл, выставленный респондентами) по формуле:

Где: 0,25; 0,5; 0,75; 1,0 — баллы по результатам анкетирования;(0,25); N (0,5); N (0,75); N (1,0) — количество случав анкетирования, получивших данный бал по

результатам опроса респондентов;- общее число случаев анкетирования, включая нулевые оценки.

Первый вопрос основного блока социологического исследования касался оценки пациентами доступности медицинской помощи, оказываемой врачами — специалистами.

% опрошенных выбрал вариант «не доступна», 4% — затруднились ответить; 11% респондентов посчитали, что медицинская помощь врачей-специалистов более не доступна, чем доступна.

Доступность медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, отметили 51% респондентов, при этом еще 33% опрошенных посчитали, что медицинская помощь, оказанная врачами специалистами больше доступна, чем недоступна. Коэффициент удовлетворенности доступностью медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, составил 0,82.

Рисунок 6 — Доступность врачей-специалистов

Второй вопрос был направлен на определение субъективного отношения пациентов к качеству оказываемой медицинской помощи и касался уровня удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

Полностью удовлетворены качеством оказания медицинской помощи 48% респондентов, частично удовлетворены — 43%, не удовлетворены — 4%, затруднились ответить 5% опрошенных.

Коэффициент удовлетворенности по данному вопросу составил 0,78.

Рисунок 7 — Результаты ответов на вопрос об оценке удовлетворенности качеством медицинской помощи, %

Третий вопрос был посвящен определению уровня удовлетворенности пациентов работой врачей, который оказался достаточно высок (коэффициент удовлетворенности — 0,87).

Полностью удовлетворены работой врачей 63% опрошенных, еще 27% выбрали вариант «больше удовлетворен, чем неудовлетворен», затруднились ответить 2% респондентов. При этом 6% опрошенных больше не удовлетворены, чем удовлетворены уровнем работы врачей, 2% респондентов выбрали вариант «не удовлетворены».

Результаты данного опроса представлены на рис. 8.

Рисунок 8 -Удовлетворенность работой врачей, %

Четвертый вопрос основного блока социологического исследования касался оценки пациентами уровня обеспеченности лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения.

Рисунок 9 — Удовлетворенность уровнем обеспеченности лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения

% опрошенных удовлетворены уровнем обеспеченности лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения. Удовлетворены частично в большей (26%) или меньшей (14%) степени оказались 40% респондентов, 9% — выразили свое неудовлетворение, 7% опрошенных затруднились ответить. Коэффициент удовлетворенности по данному вопросу составил 0,72.

Пятый вопрос определял уровень удовлетворенности оснащенностью медицинской организации лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием.

Рисунок 10 — Удовлетворенность уровнем оснащенности медицинской организации лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием, %

Удовлетворены уровнем оснащенности медицинской организации лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием оказались 52% опрошенных; больше удовлетворены, чем не удовлетворены — 22%. Вариант ответа «больше не удовлетворен, чем удовлетворен» выбрали 12% респондентов, «не удовлетворен» — 6%. Затруднились ответить 8% опрошенных. Коэффициент удовлетворенности пациента в данном случае составил 0,77.

Шестой вопрос основного блока социологического исследования касался определения случаев неуважительного отношения медицинского персонала к пациентам.

Более половины респондентов (53%) отметили, что никогда не сталкивались с неуважительным отношением со стороны медицинского персонала, изредка сталкивались 29% опрошенных, при этом 6% респондентов ответили, что часто сталкиваются с неуважительным отношением медицинского персонала к пациентам. Затруднились ответить 12% опрошенных.

Рисунок 11 — Результаты ответов на вопрос о случаях неуважительного отношения медицинского персонала, %

Седьмой вопрос основного блока социологического исследования выявлял случаи использования личных денежных средств при обследовании и лечении в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ».

Подавляющее большинство респондентов (82%) отметили, что они не сталкивались с необходимостью использования личных денежных средств при обследовании и лечении в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ». 7% опрошенных отметили, что им приходилось использовать личные денежные средства при обследовании или лечении через кассу с договором на оказание платных услуг.

% респондентов ответили, что они использовали личные денежные средства при лечении или обследовании в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», без договора.

Рисунок 12 — Результаты ответов на вопрос об использовании личных денежных средств пациентов при обследовании и лечении, %

Восьмой вопрос определял структуру предлагаемых в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», со слов пациентов, платных обследований и предназначался тем пациентам, кто положительно ответил на восьмой вопрос основного блока социологического исследования.

В структуре платных медицинских услуг первое место (45%) занимает ответ «прочее», на втором месте (26%) — МРТ, на третьем (16%) — консультации узких специалистов, далее: (10%) — УЗИ, 3% — рентгенологическое исследование.

Рисунок 13 — Структура платных обследований в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», %

В ходе проведенного социологического опроса респондентами были высказаны следующие предложения:

.        Сделать доступнее консультацию специалистов (гастроэнтеролога).

.        Разместить полную информации об ассортименте платных медицинских услуг, оказываемых в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» на сайте организации в Интернет с указанием стоимости услуг.

.        Автоматизировать запись в ГБУЗ «КДП №121№ ДЗМ во избежание очередей в регистратуру

Выводы

В настоящее время ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» оказывает платные медицинские услуги по хирургии, эндоскопии, урологии, офтальмологии, первичным и периодическим медицинским осмотрам, терапии, неврологии, терапевтической и хирургической стоматологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, услуги отделения медицинской реабилитации, ультразвуковым исследованиям (УЗИ), акушерству и гинекологии, функциональной диагностике, оториноларингологии, детству, медицинской реабилитации, а также рентгенологическим исследованиям, магнитно-резонансоной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ),

ГБУЗ «КДП №121№ ДЗМ обеспечивает соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

Анализ удовлетворенности качеством медицинских услуг ГБУЗ «КДП №121№ ДЗМ показал, что полностью удовлетворены качеством оказания медицинской помощи 48% респондентов, частично удовлетворены — 43%, не удовлетворены — 4% опрошенных. Полностью удовлетворены работой врачей 63% опрошенных, частично удовлетворены — 33%, полностью не удовлетворены — 2%. Полностью удовлетворены уровнем обеспеченности ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения 44%, частично удовлетворены — 40%, не удовлетворены — 9% опрошенных. Полностью удовлетворены уровнем оснащенности лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием 52% респондентов, частично удовлетворены — 34%, не удовлетворены — 6% опрошенных.

. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

.1 Расширение ассортимента платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

Для расширения ассортимента платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» предлагается внедрение новой услуги масс-спектрометрии микробных маркеров.

Существующая методология микробиологического обследования пациента в клинических лабораториях, по разным причинам, сводится к анализу всего лишь десятка различного рода микроорганизмов. Из-за недостатков методов диагностики, к которым относятся и отсутствие универсальности и высокая стоимость определения одного микроорганизма, игнорируется большинство клинически значимых микробов. Число неучтенных при обследовании каждого больного составляет сотни видов при том, что давно известно, что в организме человека и в окружающей среде присутствует около пятисот видов, способных вызвать инфекционных процесс или воспаление. Об этом свидетельствуют материалы солидных руководств по клинической микробиологии, публикации в периодической научной печати и многочисленные диссертации разного уровня, защищенные в России и за рубежом.

Пользуясь информационной мощью сети Интернет нетрудно показать, что каждый микроб является потенциально опасным. В результате, врач лишается ключевой информации, что сказывается на качестве проводимого лечения. Отсюда — хронические состояния, сопровождающие человека всю жизнь.

Предлагаемая методика МС-ММ (масс-спектрометрии микробных маркеров) — это выход из создавшегося положения. Универсальность данной медицинской диагностики позволяет определять практически любые микроорганизмы при условии, что их отличительные признаки — маркеры — предварительно были найдены. Массовое внедрение новой методики диагностики организма позволит поднять качество диагностики, а значит и качество лечения больных.

К основным преимуществам метода надо отнести его:

. Универсальность — осуществляет поиск признаков присутствия любых видов микроорганизмов, маркеры которых опознаны. Все выполняется на одном приборе — специальные среды и условия выращивания больше не нужны.

. Экономичность — стоимость методики масс-спектрометрии, благодаря автоматизации не зависит от количества определяемых микробов. Таким образом, можно посчитать, что при количестве определяемых на сегодня микробов — 56 и общей стоимости исследования 1500 руб., стоимость информации об одном микроорганизме будет составлять всего 27 рублей — это абсолютный рекорд. Чем будет больше вводиться новых данных для определения микроорганизмов — тем меньше будет их стоимость. Для сравнения — при культуральном анализе стоимость медицинского анализаодного микроба- 50 руб., при ПЦР диагностике — 170 руб.

. Скорость (экспресс-диагностика) — ответ на анализ при потоковой работе лаборатории — всего один час вместо 3-5 дней при обычной повсеместно используемой методике.

. Измеряемость получаемой информации — т.е. информация о присутствующих микробах выдается в цифрах, что позволяет отличить нормальное присутствие микроба от его избыточного роста, при котором он начинает проявлять агрессивные по отношению к человеку свойства.

Другими словами то, что сейчас определяют лаборатории по отдельности, в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» будет входить в один большой анализ — «Оценка микроэкологического статуса» с копеечной стоимостью отдельных микроорганизмов. В пользу масс-спектрометрического анализа будет говорить его огромная информативная ценность и безоговорочная экономическая выгода.

Перечень востребованных на рынке медицинских услуг, которые ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» может предоставлять на коммерческой основе, основываясь на применении данной методики:

. Диагностика дисбактериозов кишечника, кожи, урогенетального тракта.

Исследоваться будут биологические жидкости. Их забор может осуществляться, как непосредственно в медицинском центре, так и доставляться из медучреждений, с которыми заключен договор — в зависимости от того, где пациент будет проходить лечение.

Диагностика организма будет выполняться и для других лабораторий, желающих иметь это современное исследование в перечне предлагаемых медицинских услуг.

. Поиск трудно выявляемых возбудителей скрытых инфекций — лямблиоза, туберкулеза, причин бесплодия и других.

Касаемо туберкулеза — возможно работа будет вестись с непатогенным материалом, поступающим после пробоподготовки из лабораторий специализированных лечебных учреждений.

**[Смотрите также:   Дипломная работа по теме "Отслеживание рынка"](https://sprosi.xyz/works/diplomnaya-rabota-na-temu-otslezhivanie-rynka-imwp/" \t "_blank)**

. В ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» будут вести амбулаторный прием специалисты: гастроэнтерологи (детский и взрослый), дерматолог, гинеколог и уролог, их задачей будет внедрение новых принципов диагностики и лечения пациентов с типичными заболеваниями, сочетающимися с дисбактериозами. Эти принципы будут построены на первичной оценке микроэкологического статуса человека с помощью методики масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ), нахождения причин влияющих на протекание основного заболевания, проведении лечебно-корректирующих мероприятий и оценке результатов с помощью методики МСММ.

. Коммерческие научные исследования. Это направление, прежде всего, должно заинтересовать компании-производители лекарственных средств. Для продвижения препаратов и успешной конкуренции на рынке, в компаниях постоянно выделяются средства на проведения небольших исследований, доказывающих эффективность их продукции. Таким образом, исследование методом МСММ может являться прекрасным новым инструментом для доказательства, эффективности тех, или иных препаратов.

Кроме исследования МСММ на приборе газо-хромато масс-спектрометре (ГХ-МС) возможно выполнение и других видов хроматографических анализов. Например, выявление следов присутствия в организме наркотических средств, что актуально для родителей, следящих за здоровым образом жизни своих детей.

Для повышения эффективности работы и расширения показаний применения медицинских услуг ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» будет параллельно вести научно-исследовательскую работу по поиску маркеров всех актуальных инфекций. Полученные результаты будут принадлежать медицинскому центру, делая часть услуг эксклюзивными.

.2 Повышение качества оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

Для повышения качества оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» необходимо:

обеспечение информационной открытости ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»;

улучшение показателей характеризующих время ожидания предоставления услуг;

регулярные мониторинг пациентов с целью изучения их мнения о доступности и удовлетворенности медицинской помощью в ГБУЗ «КДП №121»;

автоматизация отделения платных услуг ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ».

Предлагаемый план мероприятий ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи по результатам проведенной оценки качества оказания услуг представлен в табл. 2.

В отделении платных медицинских услуг предлагается внедрение автоматизированной информационной системы, которая включает в себя комплекс программных модулей и подсистем, позволяющих автоматизировать различные сферы деятельности поликлиники: запись на приём в регистратуре и на сайте, формирование и выгрузку списков застрахованных, оформление и учёт счетов и расшифровок к счетам-фактурам для работы с юридическими и физическими лицами, ведение электронных амбулаторных карт пациента медицинскими работниками.

Данная автоматизированная информационная система позволяет регулярно проводить предварительную внутреннюю экспертизу оказанных медицинских услуг с целью минимизации убытков, оформлять и анализировать ход выполнения договоров с юридическими и физическими лицами.

В качестве автоматизированной системы предлагается ЕМИАС, функционал которой включает в себя: запись на прием к врачу в электронном виде, сведения о доступности медицинской помощи, персонифицированный учет медицинской помощи, электронную медицинскую карту, талон амбулаторного пациента, электронный рецепт и больничный лист. Это дает возможность эффективно управлять потоками пациентов, снизить бумажный документооборот врача, получать данные по доступности медицинской помощи в поликлиниках, а значит и возможности для совершенствования планирования в здравоохранении.

Этапы внедрения ЕМИАС в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ представлены в Приложениях 2-3.

Сводный график внедрения ЕМИАС в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ можно увидеть из рис.14.

Рисунок 14 — Сводный график внедрения ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ

На данном этапе во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях Москвы введена запись на прием к врачу в электронном виде (электронная регистратура), а в пилотной зоне введены все возможности функционала.

Внедрение ЕМИАС предусматривает: сокращение времени ожидания пациентов при оформлении в регистратуре и различные пути получения направления к специалисту; повышение оперативности и адекватности управленческих решений; минимизацию бумажного документооборота; контроль за диспансеризацией и профилактической работой; адекватность оплаты результатов деятельности медицинского персонала; автоматизацию процессов сбора, хранения и представления информации; повышение качества и производительности работы сотрудников поликлиники. ЕМИАС дает возможность мониторирования времени ожидания приема врачей различных специальностей, что дает представление о доступности для населения специалистов в московских поликлиниках.

С помощью электронного рабочего места врач получает доступ ко многим сервисам, информационным базам, электронной медицинской библиотеке, сервису «взаимодействие лекарственных средств», может пересылать необходимую документацию коллегам, консультироваться в режиме видеоконференций и получать помощь в поддержке врачебных решений, система также предусматривает автоматическое формирование отчетных форм .

.3 Оценка экономической эффективности предложенных мероприятий

Проведем оценку эффективности предложенных мероприятий.

. Расчет эффективности внедрения платных услуг (анализов масс-спектрометрии микробных маркеров; врачебных консультаций и услуг забора материала на другие виды анализов).

Предварительный прогноз количества оказанных услуг представлен в табл. 3.

В настоящее время методику масс-спектрометрии микробных маркеров выполняет институт токсикологии по заказу. Выполняется функция информационной работы с врачами, обеспечение потока клиентов (пациентов), организация пункта забора крови и других биологических жидкостей в сторонних медицинских центрах, доставка материала на исследование и описании полученных результатов.

Инвестиции на закупку данной методики составят 70000 руб. .

Капитальные расходы включают затраты на оборудование, лабораторную мебель, ремонт лаборатории и ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» в соответствие с требованиями СЭС, лицензия. Их величина составляет 3 850 000 руб.

Операционные расходы до момента преодоления точки убыточности (BEP) (расходные материалы, сервисное обслуживание оборудования, аренда помещения, обучение персонала, зарплата персонала, затраты на продвижение) — 6 150 000 руб.

Общая сумма затрат проекта составит — 10 000 000 руб.

Финансовый план проекта представлен в Приложении 4.

График использования инвестиций представлен в Приложении 5.

Таким образом, уже со второго года внедрения данной услуги будет наблюдаться чистая прибыль в размере 4110,2 тыс. руб.

. Расчет эффективности внедрения

Интегрированным показателем эффективности автоматизированной системы ЕМИАС может служить срок её окупаемости.

По результатам анализа первой группы параметров можно определить экономическую эффективность затрат на внедрение ИС, которую можно выразить через срок окупаемости.

Т = Кз / Пг (лет) (1)

где: Т — срок окупаемости затрат на ввод ИС, Кз — затраты на ввод системы, Пг — годовая прибыль организации.

Пг= Эг — Кз , (2)

Где Эг — годовой экономический эффект, который обеспечивают результаты работы организации за счет внедрения или доработки ИС; Кз — затраты на ввод системы.

Затраты на ввод системы определяется:

Кз = Кп + Квп + Ктс + Кэ , (3)

Где Кп — затраты на приобретение или доработку ИС, с учетом возможного дополнительного программного обеспечения; Квп — затраты на ввод ИС в эксплуатацию; Ктс- затраты на возможные дополнительные технические средства, включая серверы, компьютеры рабочих мест, сетевое оборудование, оргтехнику и линии связи, Кэ — эксплуатационные расходы за период ввода системы.

Для расчета стоимости внедрения программного решения применяются различные формулы расчета стоимости. Применяют такие методы расчета: исходя из числа жителей, количества ЛПУ, количества создаваемых сайтов или числа серверов.

Расчет стоимости внедрения и владения ЕМИАС представлен в табл. 4.

Как видно из расчетов, отсутствие начальных затрат на внедрение ЕМИАС оборачивается в итоге практически в 4-х краткое увеличение стоимости владения за первые 5 лет эксплуатации решения. Поэтому, осуществляя выбор конкретной ЕМИАС, разумеется необходимо тщательно взвешивать не только их функциональные характеристики и начальные затраты, но и последующие финансы, которые потребуются на содержание проекта.

Эффективность ЕМИАС существенна и об этом практически сразу после внедрения сообщают многие пользователи. Главным образом внедрение данной системы содействует равномерному распределению потока пациентов между филиалами ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», сокращению времени ожидания записи на первичный прием, времени ожидания приема врачей-специалистов, ожидания диагностических процедур.

Остальные предложенные мероприятия не потребуют существенных материальных затрат на внедрение.

Выводы

Для совершенствования процесса оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ было предложено:

расширение ассортимента платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» предлагается внедрение новой услуги масс-спектрометрии микробных маркеров;

повышение качества оказания платных услуг за счет обеспечения информационной открытости ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»; улучшения показателей характеризующих время ожидания предоставления услуг; регулярного мониторинга пациентов с целью изучения их мнения о доступности и удовлетворенности медицинской помощью в ГБУЗ «КДП №121», а также автоматизации отделения платных услуг ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ». В результате внедрения новой услуги масс-спектрометрии микробных маркеров уже со второго года внедрения будет наблюдаться чистая прибыль в размере 4110,2 тыс. руб.

Стоимость внедрения ЕМИАС составит 14400 тыс. руб., эффективность ее внедрения сложно оценить в денежном выражении, однако ожидается, что внедрение данной системы будет способствовать равномерному распределению потока пациентов между филиалами ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», сокращению времени ожидания записи на первичный прием, времени ожидания приема врачей-специалистов, ожидания диагностических процедур.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования анализа оказания медицинских услуг можно сделать следующие выводы и рекомендации.

Рынок коммерческой медицины можно разделить на четыре сектора: стоматология, гинекология, диагностика и косметология, небольшой процент занимают клиники, которые оказывают широкий спектр услуг — от диагностики до хирургических операций.

Анализ действующего законодательства позволяет сделать вывод, что отдельные нормы ГК РФ не совсем применимы к оказанию медицинских услуг, а медицинские услуги нуждаются в специальном регулировании, но, тем не менее, это не отвергает гражданско-правового характера указанных услуг. Таким образом, возникает необходимость детальной правовой регламентации медицинской услуги. Важно законодательно закрепить квалифицирующие ее правовые признаки, а также понятия иных, связанных с нею услуг, оказываемых медицинскими организациями. Необходимо обратить внимание на качество медицинских услуг, оно должно соответствовать обязательным требованиям стандартов медицинской помощи и современному уровню медицинской науки, изменяемым с учетом условий оказания медицинской помощи и состояния здоровья пациента, особенностей его организма, а также особенностям заключенного договора возмездного оказания медицинских услуг.

Более детальная правовая регламентация ответственности сторон при исполнении обязательств по возмездному оказанию медицинских услуг, позволила бы значительно сократить количество судебных споров в этой сфере, а разработка полной системной правовой базы, регламентирующей данные правоотношения стала бы успешной гарантией осуществления медицинской деятельности.

В настоящее время существенным недостатком в области правового регулирования медицинских услуг является определение правового критерия оценки качества оказываемых медицинских услуг.

Поскольку главная цель любого коммерческого предприятия — получение прибыли, то и все бизнес-процессы должны быть подчинены этой цели. В лучших клиниках частного сектора, где уровень менеджмента на порядок выше, чем в государственных, выстроена продуманная цепочка материальной заинтересованности всех сотрудников в результатах своего труда, начиная с главного врача до любого специалиста. При этом налажена четкая система контроля за соблюдением стандартов лечения и этических норм при оказании медицинских услуг.

В настоящее время ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» оказывает платные медицинские услуги по хирургии, эндоскопии, урологии, офтальмологии, первичным и периодическим медицинским осмотрам, терапии, неврологии, терапевтической и хирургической стоматологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, услуги отделения медицинской реабилитации, ультразвуковым исследованиям (УЗИ), акушерству и гинекологии, функциональной диагностике, оториноларингологии, детству, медицинской реабилитации, а также рентгенологическим исследованиям, магнитно-резонансоной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ),

ГБУЗ «КДП №121№ ДЗМ обеспечивает соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

Анализ удовлетворенности качеством медицинских услуг ГБУЗ «КДП №121№ ДЗМ показал, что полностью удовлетворены качеством оказания медицинской помощи 48% респондентов, частично удовлетворены — 43%, не удовлетворены — 4% опрошенных. Полностью удовлетворены работой врачей 63% опрошенных, частично удовлетворены — 33%, полностью не удовлетворены — 2%. Полностью удовлетворены уровнем обеспеченности ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения 44%, частично удовлетворены — 40%, не удовлетворены — 9% опрошенных. Полностью удовлетворены уровнем оснащенности лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием 52% респондентов, частично удовлетворены — 34%, не удовлетворены — 6% опрошенных.

Для совершенствования процесса оказания платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ было предложено:

расширение ассортимента платных медицинских услуг в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» предлагается внедрение новой услуги масс-спектрометрии микробных маркеров;

повышение качества оказания платных услуг за счет обеспечения информационной открытости ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»; улучшения показателей характеризующих время ожидания предоставления услуг; регулярного мониторинга пациентов с целью изучения их мнения о доступности и удовлетворенности медицинской помощью в ГБУЗ «КДП №121», а также автоматизации отделения платных услуг ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ». В результате внедрения новой услуги масс-спектрометрии микробных маркеров уже со второго года внедрения будет наблюдаться чистая прибыль в размере 4110,2 тыс. руб.

Стоимость внедрения ЕМИАС составит 14400 тыс. руб., эффективность ее внедрения сложно оценить в денежном выражении, однако ожидается, что внедрение данной системы будет способствовать равномерному распределению потока пациентов между филиалами ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», сокращению времени ожидания записи на первичный прием, времени ожидания приема врачей-специалистов, ожидания диагностических процедур.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативно-правовые источники

.        Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ)

.        Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 31.01.2016)

.        Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 06.04.2015, с изм. от 07.04.2015)

.        Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 05.05.2014) «О защите прав потребителей» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2014)

.        Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016)

.        Федеральный закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

.        Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»

.        Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

.        Постановление Правительства Российской Федерации от 07.03.1995 № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)» (в ред. 23.04.2008).

.        Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.07.2002 г. № 210 «О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации»

.        Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.10.2013г. № 944 «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы».

Учебники, монографии, брошюры

.        Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. — М.: «Изд-во ПРИОР», 2010. — 84 с.

.        Катуров А.В. Социально-экономические и политические факторы, влияющие на государственное управление здравоохранением в РФ // Экономика современного общества: актуальные вопросы антикризисного развития; Материалы международной научно-практической конференции (29 ноября 2013 г.) / Отв.ред. А.Н. Плотников. — Саратов: Издательство ЦПМ «Академия бизнеса», 2013. — 39 с.

.        Галкин В.В. Медицинский бизнес: учебное пособие. — М.: КНОРУС, 2010. — 69 с.

.        Жукова М.В. Анализ развития рынка платных медицинских услуг и ДМС в России //Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. Вып. 1. Ч.1. Тула: Изд-во ТулГУ. — 2012. — 414 с.

.        Касимовский К.К. Социально-экономические предпосылки развития частной медицины в России//Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № S1. 86 с.

.        Кадыров Ф.Н. Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждений здравоохранения — М.: Издательство ГРАНТЪ, 2001. — 424 с.

.        Новокрещенова, И.Г. Медицина в условиях дефицита ресурсов / В.В. Власов, И.А. Захаров, Н.В. Косолапова, И.Г. Новокрещенова и др. — Москва: ООО «Издательство Триумф», 2012. — 189 с.

.        Российский рынок частной медицины 2015. Аналитический обзор РБК. — Москва, 2015. 3-е издание. — 33 с.

.        Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. — М., 2013. -350 с.

Периодические издания

.        Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Кременков А.Р., Рамненок Т.В. Классификация медицинской помощи — существующие проблемы, новые законодательные подходы // Менеджер здравоохранения. — 2011. — № 7. — С.54.

.        Ардашева Н.А. Вспомогательные репродуктивные технологии как объект медицинской услуги // Медицинское право. 2010. № 1. С. 45

.        Аттаева Л.Ж., Егиазарян К.А. Основы нормативно-правового регулирования оказания платной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения России//Право и управление. XXI век. 2013. № 1 (26). С. 96-102.

.        Белостоцкий А.В., Винокуров В.Г., Алленов А.М., Дьячкова А.С., Аникин Г.С., Стрелкова С.Н., Кадышев В.В. Внедрение системы ЕМИАС: информатизация московского здравоохранения//Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. № 5 (48). С. 61-63.

.        Галимова Н.С. Организационно-экономические аспекты управления здравоохранением // Проблемы и перспективы повышения конкурентоспособности национальной экономики: матер. регион. науч.-практ. конф., 18 но-яб. 2008 г. — Махачкала: ДГТУ, 2014. — С. 167-170.

.        Дмитриев А.М., Опыт организации работы по трудоустройству выпускников медицинского колледжа // Главная медицинская сестра. — 2014. — №10.- С. 42-45.

.        Камынина Н.Н. К вопросу о перспективах развития сестринского дела // Медицинская сестра. — 2013.- № 2.- С. 35-40.

.        Краевой С.А., Медалье С.В., Фесенко В.В. Анализ некоторых аспектов конкуренции на рынке медицинских услуг в современных условиях акционирования системы здравоохранения//Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. С. 6-6.

.        Кузнецов А.Ф. Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг//Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика. — 2015. — № 18. — С. 8.

.        Макарова Н.Н. Основные факторы, влияющие на развитие рынка платных медицинских услуг в России//Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. — 2013 — № 2-1. — С. 75.

.        Малыхина М.А. Управление качеством как фактор повышения эффективности маркетинговых коммуникаций в медицинских учреждениях//Коммуникология. — 2014. — Т. 3. — № 3. — С. 95.

.        Мамедова О.В. Платные медицинские услуги в контексте институциональных изменений системы российского здравоохранения//Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. — 2014. — № 2 (34). — С. 89.

.        Михайлова Ю.В., Муслимов М.И. Принципы ценовой политики при оказании услуг в негосударственных медицинских учреждениях//Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 7. С. 184-189.

.        Пискунова О.В., Короткова М.А. Государственное регулирование предпринимательской деятельности в сфере оказания платных медицинских услуг//Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика. — 2015. — № 17. — С. 88.

.        Расторгуева Т.И., Матвеенко М.В. К Вопросу об управлении медицинским персоналом в частном секторе здравоохранения//Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. — 2014. — № 1. — С. 247.

.        Сагидов А.К. Современные особенности маркетинга медицинских услуг в России//Вопросы структуризации экономики. — 2011. — № 1. — С. 211-214.

.        Семина Т.В., Бурцева Е.М. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование // Главная медицинская сестра. — 2013.- № 4.- С. 59-61.

.        Соколов Е.В., Костырин Е.В. Маркетинговое исследование цен на платные медицинские услуги//Экономика и управление: проблемы, решения. — 2015. — № 5. — С. 47.

.        Сухотерин В.Г., Кутепова Г.П. Опыт работы отделения последипломной подготовки в повышения уровня знаний средних медицинских работников // Главная медицинская сестра. — 2013.- № 2.- С. 77-80.

.        Титова А.О. Рынок медицинских услуг как социально-экономическая система // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2014. -№ 3 (69) Вып. 4.

.        Чагин К.Г. Новации федерального законодательства в сфере соцобслуживания // Руководитель бюджетной организации. — 2014. — № 6.

.        Шарабчиев Ю.Т. Экономические модели и реформирование здравоохранения: опыт организации различных систем управления здравоохранением // Медицинские новости. — 2015. — №6. — С. 61-68.

.        Яковлева О.А. Рынок медицинских услуг в России//Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2014. — Т. 4

|  |  |
| --- | --- |
| [**КНИЖНЫЙ МАГАЗИН**](http://учебники.информ2000.рф/chitai.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**ТОВАРЫ для ХУДОЖНИКОВ и ДИЗАЙНЕРОВ**](http://учебники.информ2000.рф/kar.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**АУДИОЛЕКЦИИ**](http://учебники.информ2000.рф/lectr.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**IT-специалисты: ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**](http://учебники.информ2000.рф/otu.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**ФИТНЕС на ДОМУ**](http://учебники.информ2000.рф/fit1.shtml) |  |

. — № 11. — С. 1119.