

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Редько А.Н., Зобенко А.В., Лебедева И.С.



ЭТИКА, ПРАВО И МЕНЕДЖМЕНТ В СТОМАТОЛОГИИ

ЧАСТЬ II

учебно-методическое пособие
для теоретической подготовки студентов

Краснодар
2020

УДК 330 (075.8)
ББК (У)65.01

Составители

заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор **А.Н. Редько**,
ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, **А.В. Зобенко**,
доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.э.н. **И.С. Лебедева**.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, Породенко В. А.
Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, Сирак С. В.

Этика, право и менеджмент в стоматологии: Часть II/Учебно-методическое пособие для теоретической подготовки студентов / А.Н. Редько, А.В., Зобенко, И.С. Лебедева – Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ, 2019. – 200 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для обеспечения учебного процесса при проведении практических (семинарских) занятий и самостоятельного изучения материала студентами стоматологического факультета высших учебных медицинских заведений.

Данное учебно-методическое пособие разработано в соответствии с рабочей программой дисциплины «Этика, право и менеджмент в стоматологии» на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 «Стоматология».

Условия заданий для самостоятельного выполнения студентами максимально приближены к практике здравоохранения и основаны на примерах медицинских организаций Краснодарского края. Для студентов медицинских вузов данный подход будет способствовать пониманию и усвоению материала.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
протокол № ____ от « ____ » _____ 2019 г.

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	6
Модульная структура дисциплины и виды учебной деятельности.....	8
ЧАСТЬ I.....	9
Тема 1. Этика в стоматологии	10
Тема 2. Врач и пациент.....	28
Тема 3. Стоматология как субъект и объект права	50
Тема 4. Экспертиза качества в стоматологии. Ведомственная экспертиза.....	66
Тема 5. Оценка качества оказания медицинской помощи. Вневедомственный контроль.	80
Тема 6. Особенности формирования менеджмента в стоматологии.....	108
Тема 7. Бизнес-модели стоматологической организации	129
Тема 8. Стратегическое управление стоматологической организацией.....	152
Тема 9. Маркетинговая система стоматологической организации	171
Тема 10. Компоненты стоматологических услуг и основы их продвижения	194
ЛИТЕРАТУРА	210

ПРЕДИСЛОВИЕ

Высшее образование по направлению (специальности) 35.05.03 «Стоматология» предполагает подготовку выпускников к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактической;
- диагностической;
- лечебной;
- реабилитационной;
- психолого-педагогической;
- организационно-управленческой;
- научно-исследовательской.

Ориентируясь на данные виды профессиональной деятельности, к которым готовится специалист, а также исходя из потребностей рынка труда, научно-исследовательского и материально-технического ресурса вуза, в реализацию образовательной программы включено изучение учебной дисциплины «Этика, право и менеджмент в стоматологии».

Целью изучения дисциплины является:

во-первых, подготовка врачей, способных эффективно анализировать и разрешать этические проблемы, возникающие в профессиональной деятельности медицинского работника, в том числе в клинической практике, формирование представления об общих этических ценностях, связанных с такими понятиями как долг, честь, достоинство, правдивость, справедливость;

во-вторых, дать будущим врачам-стоматологам необходимый уровень теоретических знаний об основных положениях права и правовой науки, позволяющий адекватно оценивать возникающие правоотношения при осуществлении профессиональной медицинской деятельности; воспитание у студентов правосознания и правовой культуры;

и в-третьих, помочь освоить теоретические основы управления стоматологическими организациями в условиях государственной и частной практики, соблюдая стандарты и учитывая требования современной системы здравоохранения для обеспечения высокого качества стоматологической помощи населению.

Приобретение студентами соответствующих знаний и навыков позволит им на высоком научно-методическом уровне исследовать различные процессы и закономерности функционирования стоматологическими организациями в условиях государственной и частной практики в условиях конкуренции.

Содержание дисциплины обеспечивает получение представления о моделях, принципах, правилах медицинской этики, восприимчивости студентов к этической проблематике в стоматологии; о моральных ценностях (как профессиональных и личных, так и ценностях своих пациентов), основополагающих в условиях регулирования и разрешения этических

конфликтов в стоматологии. Также обеспечивается формирование у студента навыков управления персоналом; навыков общения и взаимодействия с коллективом, коллегами, представителями правоохранительных органов, родственниками стоматологических пациентов.

Данное учебно-методическое пособие соответствует федеральному государственному образовательному стандарту высшего образования подготовки специалистов в медицинских вузах. Оно адаптировано для понимания процесса этического анализа в стоматологии, понимания принципов, институтов, категорий и современного уровня развития науки правоведения; и адекватному применению действующего законодательства о здравоохранении в РФ в конкретных обстоятельствах. Условия заданий основаны на реальных ситуациях, встречающихся в повседневной практике врачей-стоматологов, что в значительной мере облегчает усвоение материала.

ВВЕДЕНИЕ

Реализация компетентного подхода при подготовке студентов по направлению (специальности) 35.05.03 «Стоматология» предполагает в период изучения учебной дисциплины «Этика, право и менеджмент в стоматологии» овладение ими следующих общекультурных (ОК) и профессиональных (ПК) компетенций:

- способность и готовность анализировать социально значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);

- способность и готовность использовать методы управления, организовать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции (ОК-7);

- способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);

- способность и готовность реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);

- способность и готовность к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);

- способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность (ПК-4);

- способность и готовность управлять средним и младшим медицинским персоналом для обеспечения эффективности лечебного процесса; к анализу показателей деятельности медицинских организаций, к использованию современных организационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при оказании медицинских услуг в основных типах медицинских организаций (ПК-45);

- способность и готовность к использованию современных технологий менеджмента и маркетинга в своей профессиональной деятельности, осуществлять анализ качества и эффективности своей работы (ПК-46).

Обучение студентами предполагает отведение значительного объема бюджета времени учебного процесса на самостоятельное изучение разделов

дисциплин. Данное учебно-методическое пособие разработано в соответствии с рабочей программой дисциплины «Этика, право и менеджмент в стоматологии» и предназначено для обеспечения учебного процесса при проведении практических (семинарских) занятий и самостоятельного изучения материала студентами стоматологического факультета высших учебных медицинских заведений.

Настоящее учебно-методическое пособие не заменяет существующие учебники. Для изучения дисциплины рекомендуются следующие источники:

А. Основная литература:

1) Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы: учебное пособие – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.

2) Правоведение: Учебное пособие для студ. мед. Вузов Ломакина Л.И., Породенко В. А., Травенко Е. И – Краснодар: 2002. - 114с.

3) Менеджмент: учеб. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2006. - 504 с.

Б. Дополнительная литература:

Цыбуленко З. И., Комкова Г. Н., Малько А. В. Правоведение: Учебник для неюридических вузов / под ред. Малько А.В. Изд. 2-е/ 3-е/ 4-е, стереотип. – М.: КноРус, 2012. 400 с.

В. Электронные ресурсы:

1. Федеральный научно-практический журнал «Биоэтика» <http://www.biosocial.ru/>

2. Сайты, посвященные проблемам биоэтики: <http://bioethica.iatp.by/links.htm#ev>

3. Центральная Научная Медицинская Библиотека <http://www.scsml.rssi.ru/>

4. Библиотека естественных наук РАН <http://www.benran.ru/>; http://www.benran.ru/Magazin/El/Str_elk1.htm

5. информационно-справочные системы «Гарант», «КонсультантПлюс», «Medline» др.

6. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации <http://www.rosminzdrav.ru>

Для облегчения самостоятельной работы в рамках изучения дисциплины «Этика, право и менеджмент в стоматологии» студентами в представленном пособии изложены методические указания, теоретический материал для подготовки к практическим (семинарским) занятиям, представлены задания, составленные на основе конкретных ситуаций в практике врачей-стоматологов, приводятся схемы, таблицы, формулы, связанные с индивидуальными заданиями для самостоятельного решения.

Модульная структура дисциплины и виды учебной деятельности

п/№	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Виды учебной деятельности, (в часах)			
		Лекции	Семинарские занятия	Самостоятельная работа	Всего
1.	Этика в стоматологии.	2	4	4	10
2.	Право в стоматологии.	6	12	12	30
3.	Управление качеством в стоматологии.	2	8	4	14
4.	Менеджмент в стоматологии.	6	16	10	32
5.	Маркетинг в стоматологии.	5	11	6	22

Название тем практических (семинарских) занятий и количество часов изучения учебной дисциплины

п/№	Название тем практических занятий	Объем (в часах)
1.	Этика в стоматологии. Этические и нравственные аспекты деятельности медицинских стоматологических работников.	4
2.	Врач-стоматолог и пациент, их взаимоотношения.	4
3.	Стоматология, как объект и субъект права.	4
4.	Организация стоматологической помощи и бизнеса в правовом аспекте.	4
5.	Управление качеством в стоматологии. Ведомственная экспертиза.	4
6.	Управление качеством в стоматологии. Вневедомственная экспертиза.	4
7.	Особенности формирования менеджмента в стоматологии.	4
8.	Стратегическое управление стоматологической организацией.	4
9.	Бизнес-модели стоматологической организации. Рентабельность организации.	4
10.	Бизнес-модели стоматологической организации. Дисконтирование.	4
11.	Маркетинговая система стоматологической организации.	4
12.	Компоненты стоматологических услуг и основы их продвижения	4
13.	Реклама в стоматологии.	3
	Итого:	51

ЧАСТЬ I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭТИКИ, ПРАВА И МЕНЕДЖМЕНТА В СТОМАТОЛОГИИ



«биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества».

Профессор Б. Г. Юдин

Тема 1. Этика в стоматологии

Цель занятия: Повторить понятия «этика», «биоэтика», «медицинская этика». Сформировать отличия понятия этики в стоматологии. Развить представления о должном поведении врача-стоматолога. Изучить классификацию профессионально-этических проблем, уметь на практике разрешать спорные ситуации с пациентами на примере ситуационных задач.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. История развития представлений об этике.
2. Современное определение медицинской этики и деонтологии.
3. Классификация профессионально-этических проблем. Модели построения взаимоотношений врача и пациента.
4. Определение корпоративной этики, ее субъекты.
5. Кодекс корпоративной этики. Ценности.
6. **Этика генной инженерии в стоматологии.**
7. **Этические вопросы пластической хирургии.**
8. **Мода в стоматологии. Компромиссы между модой и здоровьем.**
9. Этика в рамках платной стоматологической услуги.
10. Этика ценообразования в стоматологии.
11. **Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).**
12. **Профессиональная этика и стандарты (компромисс знаний и реальности).**
13. **Этический кодекс международного сообщества. Этический кодекс Российской Федерации. Этический кодекс врача-стоматолога.**
14. Уровни разрешения этических проблем.

В последнее время большую популярность среди врачей приобрел термин «деонтология». Слово происходит от греческого *deon* – долг. Причем одни переводят его как «учение о долге», другие – как «учение о должном» или «наука о должном». Так или иначе, несомненно одно: в профессиональном мышлении медиков любых специальностей, в том числе и стоматологов, понятие долга или должного является исключительно важным, а основным принципом деонтологии выступает сознательное подчинение личных интересов интересам общества.

Обилие литературы, посвященной вопросам морально-этического и правового регулирования деятельности медицинских работников, свидетельствует о том, что эти вопросы не утратили своей актуальности и в последние годы им уделяется все больше внимания, хотя медицинская этика – «душа медицины, мудрость врачевания» – зародилась на заре развития медицины и развивалась параллельно с ней и с совершенствованием

здравоохранения. Так, в Индии уже более 3000 лет назад, в ведийскую эпоху, древнему врачу надлежало придерживаться следующего кодекса:

*«Всегда будь терпелив, внимателен и учтив,
Будь скромн, подчини дела железной логике ума,
Старайся исцеленье дать больному,
Не требуя ни жертв, ни блага для себя».*

Дальнейшее свое развитие этика получила в Древней Греции.

Впервые само слово "этика" ввел греческий философ Аристотель. Правда, он не разделял этику на медицинскую и не медицинскую. Он рассматривал в целом этическое поведение человека.

Позднее в трудах другого древнегреческого ученого Гиппократa мы встречаем уже медицинскую этику. В тексте знаменитой Клятвы Гиппократa указывается на должное поведение врача в различных ситуациях. В ней как раз и раскрываются вопросы этичного и неэтичного поведения врача.

Спустя столетия врачи задались вопросами долга в медицине и должного поведения. Так, в Англии 18 века благодаря трудам Джереми Бентама появилось понятие "деонтология", которое до сих используется в медицине. Слово происходит от греческого *deon* – долг. Причем одни переводят его как «учение о долге», другие – как «учение о должном» или «наука о должном».

Идеи, предложенные Бентамом получили развитие в России. Выдающийся онколог Николай Николаевич Петров в начале 19 века ввел термин "деонтология" у нас в России.

И в наши дни большинство стоматологов в своей повседневной деятельности руководствуются гуманными целями оздоровления населения, избавления пациентов от страданий, бескорыстной лечебной помощи людям, нуждающимся в ней. Однако некоторые врачи видят пациента в качестве прямого или опосредованного источника своего заработка и существования. В этом случае в стоматологическом кабинете между врачом и пациентом могут возникать нестандартные морально-этические взаимоотношения, в основе которых лежит так называемый человеческий фактор.

Таким образом, медицинская деонтология – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей (П.А. Леус, 1997).

В профессиональном мышлении медиков любых специальностей, в том числе и стоматологов, понятие долга или должного является исключительно важным, а **основным принципом деонтологии выступает сознательное подчинение личных интересов интересам пациента (общества).**

С философских позиций врачебная этика включает:

- общие вопросы поведения врача;
- нравственные правила, регулирующие взаимоотношения в медицинском коллективе;
- взаимоотношения врача и пациента в конкретных условиях специальности.

Все этические проблемы в стоматологии можно разделить на **два вида**:

- морально-этические;
- профессионально-этические.

Морально-этическая сфера стоматолога зависит от его (ее) морального облика, формирующегося на основе воспитания в семье и школе.

Профессионально-этическая сфера стоматолога так или иначе связана с профессиональной деятельностью. Рассмотрим в таблице 1.1 классификацию профессионально-этических проблем по П.А. Леусу (1997).

Таблица 1.1 – Классификация профессионально-этических проблем

Уровень проблемы	Конфликтующие стороны	Пример
Индивидуальная	Врач в себе	Врач знает о допущенной им диагностической ошибке, но пациент и коллеги о ней не знают
Врачебная	Врач – пациент	Допущена ошибка при диагностике пульпита, в результате чего возникло осложнение, что стало известно больному от другого врача
Коллегиальная	Врач – врач	Врач не согласен с материалами разбора случая его диагностической ошибки, представленными на врачебную конференцию его коллегой
Бригадная	Врач – младший персонал	Несмотря на неоднократные замечания врача, медсестра нарушает режим стерилизационной обработки инструментария
Общественная	Врач – население	Население информировано о том, что врач не использует современные методы лечения
Административная	Врач – администрация	Руководствуясь интересами пациентов, администрация ставит дежурство в выходной день врачу, имеющему маленького ребенка
Коллективная	Врач – коллектив	Врач не согласен с решением коллектива об отказе, о выдаче ему рекомендации для получения высшей категории
Социальная	Врачебное общество – население	Население не поддерживает рекомендации врачебного общества фторировать питьевую воду с целью профилактики кариеса

Согласно О.М. Лесняку (2003), существует **пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента** (см. табл. 1.2).

Таблица 1.2 – Основные модели построения взаимоотношений врача и пациента

Модель	Роль врача	Описание модели
Активно-пассивная	Выполняет свою работу без участия пациента	Основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений
Покровительственная	Объясняет пациенту, что необходимо сделать, чтобы помочь ему. Выполняет роль наставника	Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима
Информативная	Роль компетентного технического эксперта	Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает
Интерпретивная	Консультирует больного и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника	Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам
Совещательная (договорная)	Вовлекает пациента в обсуждение, в течение которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся здоровья	Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчения страдания или восстановления здоровья. Вслед за этим, согласно первой из них (*активно-пассивной*), следует лишь объявление больному, как в дальнейшем предполагается с ним поступить (когда прооперировать или какой

лекарственный препарат назначить), согласно же второй (*покровительственной*), врач доносит до пациента избранную информацию, которая позволяет больному лишь согласиться с той тактикой лечения, которую избрал доктор. Обе указанные модели до сих пор преобладают в общении медицинского персонала в большинстве медицинских учреждений СНГ и некоторых стран Европейского Союза. Однако единственно возможное безопасное применение таких моделей общения может иметь место лишь в случае необходимости неотложных вмешательств (срочная операция или бессознательное состояние больного).

Информативная модель никогда не использовалась в нашей практике и, вероятно, никогда не будет применена. Она представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. От него ожидается лишь грамотное выполнение своих обязанностей по постановке диагноза и сообщению больному возможностей лечения. Другими словами, врач является продавцом услуг, а пациент – покупателем. При этом право выбора сохраняется полностью за покупателем.

Интерпретивная модель мало отличается от информативной. Она основана на том, что общение врача с больным – это не простой обмен информацией, а помощь со стороны врача в принятии решения. Однако, как и при информативной модели, решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом. В этом случае совершенно необоснованно предполагается, что больной сам очень хорошо знает, что ему необходимо.

Самая разумная модель – *совещательная*, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию больным таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение. Совещательная модель изменяет роль больного в самом процессе диагностики и лечения. Из пассивного объекта вмешательств он становится активным соавтором, но также и лицом, несущим определенную ответственность за свое здоровье. В этой связи модель получила свое развитие и в отношении информированного согласия пациента на проведение ему диагностической или лечебной манипуляции, а также на его участие в проведении научного исследования.

При рассмотрении проблемы этики поведения в системе врач-врач необходимо выделить основные и общие принципы, которые следует соблюдать независимо от того, где трудится медицинский работник, а также частные, которые следует соблюдать с учетом специфических условий поликлиники или больницы.

В общих вопросах условно можно выделить два основных:

- соблюдение принципов внутренней культуры – правил отношения к труду, соблюдения дисциплины, бережного отношения к общественному имуществу, дружелюбия и чувства коллегиальности;
- соблюдение принципов внешней культуры поведения – правил благопристойности, приличия, хорошего тона и соответствующего внешнего вида (внешняя опрятность, необходимость следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, отсутствие излишеств в украшениях и косметике). К правилам внешней культуры относятся также форма приветствия и умение держать себя среди коллег, умение вести беседу соответственно обстановке и условиям.

Одним из требований коллегиальных отношений является взаимная вежливость. Это касается, прежде всего, необходимости приветствовать друг друга, не проявляя при этом фамильярности. Молодой человек, приветствуя пожилого человека, женщину или лицо старше себя по должности либо беседуя с ними, должен встать. Очень важно быть сдержанным и тактичным, владеть собой и считаться с желаниями других людей. Беседуя с коллегой, особенно со старшим, надо уметь слушать собеседника, не мешая высказать ему то, что он думает, а затем, если в этом имеется необходимость, спокойно возразить, но без грубости и личных выпадов, ибо это не способствует выяснению вопросов, а свидетельствует о бестактности и несдержанности. Нетактичен и неуместен громкий разговор в медицинских учреждениях, не говоря уже о попытке выяснения личных отношений.

Сдержанность и чувство такта необходимы в отношениях с коллегами, удрученными личными переживаниями. Бестактно спрашивать у них о причинах «плохого настроения». Умение дорожить своим и чужим временем является внешним проявлением внутренней собранности и дисциплинированности человека.

Долг каждого врача – проявлять заботу об авторитете среднего медицинского персонала (медицинских сестер и младших медсестер), помня, что они являются ближайшими его помощниками. Проявляя постоянное внимание к повышению знаний медицинских сестер, расширению их кругозора, необходимо в то же время стараться не заполнять их служебное время не свойственными им обязанностями.

Одной из важнейших задач медицинской сестры является создание благоприятной обстановки для пациентов в поликлинике и стационаре. Средний медицинский персонал должен осуществлять внимательный уход за больными с учетом их жизненных потребностей. Иначе все так называемые мелочи неизбежно будут отражаться на настроении больного и, в конечном счете, скажутся на результатах лечения.

Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала должны строиться с учетом того, что они заинтересованы в результате общего дела – в успешном лечении пациента. Постоянное желание помочь товарищу по работе, скромность и приветливость украшают медицинскую сестру. Очень важным является тактичное отношение врача к младшему персоналу. Требуя

должной дисциплины, он обязан разъяснять медицинским сестрам их обязанности и необходимое поведение с пациентами. Внешний вид медицинской сестры также имеет значение. Прежде всего, опрятность в одежде с учетом установленной формы. При выполнении своих служебных обязанностей от среднего медицинского персонала необходимо требовать исключительной внимательности, обязательности и четкости исполнения назначений и указаний врача. Все эти качества имеют непосредственное отношение к правильному лечению больных. В случае, когда у медицинской сестры имеются какие-либо сомнения в отношении назначений или распоряжений врача, она ни в коем случае не должна высказывать их в присутствии больного. Когда пациенты видят соблюдение должной субординации, у них возникает ощущение, что в лечебном учреждении, где они присутствуют, существует необходимый порядок. Четкая работа среднего медицинского персонала, внимательное и заботливое отношение к больным благоприятно влияют на психику пациентов, повышают доверие больных к действиям врачей, способствуют соблюдению лечебно-охранительного режима.

Результаты труда коллектива зависят не только от профессионального мастерства его членов и организационных мероприятий, но и от той атмосферы, в которой протекает трудовая деятельность, – от морального климата. Если в коллективе устанавливаются доброжелательные и доверительные отношения, творческий подход к делу и принципиальность в оценке труда, сочетающиеся с высокой требовательностью, то человек в этих условиях может реализоваться в полном объеме и труд для него будет радостью. В тех же коллективах, где вопросам морального климата не уделяется должного внимания, люди работают не в полную меру своих сил и возможностей, инициатива и способности не развиваются, что отрицательно сказывается на лечебном процессе.

Е.В. Дубровин отмечает, что истинной «близости людей по крови нет. Есть только по духу». Поэтому полноценный коллектив формирует и сплачивает не только общая задача, проблема, но и соответствующая обстановка, порождающая духовную близость людей. И в этом плане особенно важна роль руководителя коллектива.

Известно, что авторитетность любого медицинского учреждения, в том числе стоматологического, во многом определяет его эстетическое оформление. Лечат не только лекарства, но и вся обстановка, поэтому особенности дизайна медицинского учреждения, мебель, белье, спецодежда врачей и среднего медицинского персонала – все это является атрибутом лечебно-профилактического процесса. При этом эстетическое оформление не должно заслонять главную задачу медицинского учреждения и его руководителя – организацию и совершенствование лечебно-профилактической помощи. Руководитель обязан иметь высокий авторитет в своем коллективе, заключающийся в сознании всех сотрудников и во мнении пациентов.

Успешная работа любого коллектива складывается из двух основных моментов. Первым является трудолюбие каждого из его участников. Вторым следует рассматривать трудовую дисциплину.

Каждый медицинский коллектив должен ценить, беречь и укреплять лучшие традиции, настойчиво прививать их каждому новому сотруднику, вливающемуся в его ряды. Важным является то, что такие традиции будущий врач должен усвоить и научиться чтить еще на студенческой скамье. Каждый студент должен стараться и прилагать максимум усилий, чтобы в его группе присутствовали творческая целенаправленность и созидание.

Следует помнить, что во врачебном коллективе не должно существовать более или менее важных дел, заданий и обязанностей. Все в одинаковой степени важны и все равно значимы. В связи с этим и отношения в коллективе между его членами должны складываться на основе равенства, взаимоуважения, взаимопомощи и взаимного доверия. В нерушимости нормальных коллегиальных отношений должен быть заинтересован каждый из представителей коллектива. Иногда это достигается путем преодоления личных симпатий или антипатий, укрощения излишнего самомнения, задетого самолюбия, чувства зависти. В интересах общего дела всегда необходимо проявлять максимум такта, взаимопонимания, взаимной вежливости и самодисциплины.

Взаимное уважение всех представителей медицинского коллектива невозможно без доверия и искренности. Каждому из практикующих врачей случается допускать какие-либо погрешности, промахи и недочеты в работе. В большинстве случаев в спаянном и дружном коллективе с помощью более опытных коллег и руководителей все ошибки могут быть исправлены без причинения вреда пациенту и делу. При этом необходимо подчеркнуть, что подобное позитивно направленное развитие ситуации возможно лишь в том случае, когда ошибка вовремя замечена, не скрыта и не утаена.

Никогда не следует бояться признавать свои ошибки и упущения. Самокритика и благожелательная принципиальная критика – основа жизни коллектива, эффективный метод его воспитания, сплочения и укрепления.

На сегодняшний день мировое сообщество находится на сложной исторической стадии развития. Далеко шагнувший научно-технический прогресс наряду с созданием современных способов и методов диагностики, новых фармакологических препаратов и т. д. создал грозное оружие сильнейшей разрушительной силы, угрожающее жизни и здоровью людей. Еще одним тяжелым бременем современности является международный терроризм. Чувство профессиональной ответственности за здоровье всех людей нашей планеты объединило врачей в борьбе за мир, предотвращение использования ядерного оружия и оружия массового поражения, терроризма. Право каждого человека на здоровье следует понимать так, что никто не может быть лишен своего здоровья каким-либо действием со стороны других людей, включая медицинских работников.

Врач-стоматолог – это профессионал, владеющий специальными знаниями и умениями для практического осуществления диагностики, лечения и предупреждения болезней зубов, полости рта и челюстно-лицевой области в целом.

Профессиональную деятельность врача-стоматолога подразделяют на следующие сферы:

- общемедицинскую;
- специальную (специфическую);
- социальную или общественную;
- научно-исследовательскую.

Среди указанных сфер деятельности только специальная (специфическая) отличает деятельность врача-стоматолога от деятельности представителей других врачебных специальностей. На примере клиники терапевтической стоматологии выделяют следующие функции врача-стоматолога, которые наиболее часто вызывают профессионально-этические проблемы:

- диагностика болезней твердых тканей зубов;
- обезболивание;
- препарирование кариозных полостей;
- эндодонтическое лечение;
- профессиональная гигиена;
- медикаментозное лечение.

Общество предусматривает ответственность врача за состояние здоровья населения. Вместе с тем стоматолога необходимо научить, как следует решать возникающие в процессе его профессиональной деятельности этические проблемы.

Существует два уровня в разрешении этических проблем:

- **первый уровень** – это когда врач знает, как решить ту или иную этическую проблему, но на практике эти знания не применяет;
- **второй уровень** – это тщательное выполнение практических действий.

Практика показывает, что лишь небольшое число стоматологов справляется с задачами второго уровня. В связи с этим возникают следующие вопросы:

- Какие умения или навыки необходимо развивать молодым врачам?
- Насколько стоматолог должен быть этически воспитан?
- Может ли коллектив повлиять на уже имеющиеся у стоматолога этические взгляды?
- Какие методы влияния эффективны?

Бесспорно, что еще в процессе учебы должен производиться тщательный отбор будущих врачей с учетом их дальнейшей профессиональной этической и моральной ответственности. При этом имеется ряд сложностей, связанных с отсутствием достоверных критериев такого отбора. Исследования последних лет показали, что наиболее

существенным критерием следует считать тестирование моральной ответственности перед обществом. Для компетентного и морально ответственного персонала предлагаются следующие параметры:

- распознать возникающие моральные проблемы;
- предложить ряд мероприятий, которые бы учитывали моральную ответственность и права каждого индивидуума;
- предусмотреть равноправие моральных ценностей в определенной ситуации;
- обладать достаточной настойчивостью и социальным умением реализации хороших намерений.

Для осуществления вышеуказанной профессиональной тактики в решении этических проблем имеют значение:

- индивидуальные особенности;
- моральное поведение;
- стремление к положительной деятельности.

Определяется выраженная взаимосвязь способности врача четко формулировать задачу «ДЕЛАТЬ» с его врачебной квалификацией. При этом, чем выше уровень моральной ответственности врача, тем меньше возможность некачественного выполнения лечебной работы.

Общеизвестно, что стоматологи способны распознать этическую проблему, а также сформулировать перечень практических мероприятий с учетом моральной ответственности за конечный результат лечения. В связи с этим конечной целью совершенствования профессиональной компетентности является достижение прочной взаимосвязи моральной ответственности и клинических способностей, а также профессиональной компетентности и профессиональной этики.

Таким образом, наиболее оправданной тактикой стоматолога по устранению возможных профессиональных этических проблем является постоянная работа над собой.

Как уже было подчеркнуто выше, в профессионально-этических проблемах прослеживается взаимосвязь с профессиональной компетентностью стоматолога. У грамотного врача число ошибок либо минимально, либо они отсутствуют, а следовательно, снижается количество индивидуальных и врачебных форм этических проблем. Однако между грамотным и неграмотным врачом могут возникать коллегиальные проблемы. Административные вопросы также не исключаются для грамотного врача. Поэтому для снижения количества указанных проблем имеет значение *коллективный уровень квалификации*. Это означает, что в лечебном учреждении все или большинство врачей должны быть высокой компетенции.

Администрация должна руководствоваться законодательством, учитывать права человека, что, в свою очередь, способствует снижению числа административных конфликтов. Техническое оснащение стоматологических лечебно-профилактических мероприятий должно

соответствовать современному этапу развития науки и техники. В данном случае уменьшится количество общественных и социально-этических проблем в стоматологии.

Таким образом, решение этических проблем в стоматологии в значительной степени зависит от уровня профессиональной подготовки специалистов. Становится правомочным вопрос о том, насколько стоматолог заинтересован в повышении своего профессионального уровня. До недавнего времени считалось, что заинтересованность медперсонала в приобретении высокой квалификации нечто само собой разумеющееся, а моральный долг врача можно считать сформированным при получении диплома. Однако многолетний опыт практической деятельности указал на то, что нередко специалист не верит многим положениям морального кодекса, клятве врача и ряду других моральных принципов. Особенно влияет на моральное состояние врача его материальное обеспечение.

Корпоративная этика – это система моральных принципов, норм нравственного поведения, оказывающих регулирующее воздействие на отношения внутри одной организации и на взаимодействие с другими организациями. *Субъектами* корпоративной этики являются: *владельцы, руководители и работники организации.*

Корпоративная этика базируется на ряде *принципов*. Принцип корпоративной этики - правило деятельности в системе норм нравственного поведения субъектов корпоративной этики при выполнении ими своих обязанностей.

Черты корпоративной этики:

1. *Отсутствие четко сформулированных правил корпоративной этики неизбежно приводит к отсутствию определенной преданности своему предприятию, что негативным образом сказывается и на работе конкретного сотрудника (сотрудников), и на прибыли всего предприятия в целом.* Например, передача конфиденциальной информации конкурирующему предприятию практически является этической нормой, ведь сотрудник не обязан заботиться о том обществе, членом которого не является. И лишь введение правил корпоративной этики позволяет человеку ощутить себя не просто винтиком в производственной машине, не инструментом, с помощью которого кто-то «делает деньги», а полноправным членом коллектива, почти что - членом семьи.

2. *Корпоративная этика оговаривает коллективные принципы поведения.* Например: заботу об общих интересах организации и каждого сотрудника в отдельности, обеспечение роста ценностей организации, соблюдение норм делового общения, создание и поддержание делового имиджа и безупречной репутации организации (при этом разговоры о том, как плохо обстоят дела в организации и какой начальник – есть хам с посторонними становятся этически невозможными), поддержка общей стратегии и приоритетов организации, неиспользование имиджа организации

во вред ей в личных целях, конфиденциальность полученной информации и т.д.

3. *Корпоративная этика оговаривает этические принципы служебных отношений.* Например, сотрудники организации должны с уважением относиться ко всем людям, они должны выполнять свои обещания, проявлять терпимость к чужому мнению, соблюдать вежливость и корректность, не вмешиваться в личную жизнь другого человека без его личной просьбы и т.д.

4. *Над правилами, которые устанавливаются корпоративным кодексом для сотрудников, находятся правила, установленные для самой организации.* Например: построение отношений с клиентами и партнерами исключительно на правовой основе, полная ответственность за качество своей продукции и выполнение договорных обязательств, создание и поддержка взаимовыгодных отношений с поставщиками и потребителями, признание трудовых заслуг сотрудников и обеспечение им справедливого вознаграждения, обеспечение социальных гарантий сотрудников и т.д.

В некоторых организациях, в корпоративной этике описывают миссию и цели организации. Для описания цели предприятия используют технологию SMART. Эта технология предоставляет всем сотрудникам, участникам процесса оказания медицинской помощи ясные, точные, конкретные задачи.

SMART является аббревиатурой, расшифровка которой: Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound. Каждая буква аббревиатуры SMART означает критерий эффективности поставленных целей.

S (specific) - понятие «Конкретный» означает, что при постановке цели точно определен результат, который надо достичь;

M (measurable) - критерии для измерения (денежные единицы, количество пациентов, процент);

A (achievable) – достижимая. Если цель не является достижимой — вероятность ее выполнения будет стремиться к 0. Достижимость цели определяется на основе собственного опыта с учетом всех имеющихся ресурсов и ограничений;

R (realistic) – реалистичная или Relevant (Значимая) - определения значимости цели важно понимать, какой вклад решение конкретной задачи внесет в достижение глобальных стратегических задач компании;

T (time bound) - выполняемая в ограниченное время. Должен быть определен финальный срок, превышение которого говорит о невыполнении цели.

Основу норм корпоративной этики составляют *ценности*. Ценности - это относительно общие убеждения, которые определяют, что правильно и что неправильно, и устанавливают общие предпочтения людей.

Основополагающими ценностями, на основе которых формируется корпоративная этика, как правило, являются:

Компетентность и профессионализм. Субъекты корпоративной этики должны: обладать качественным образованием, опытом работы, умением принимать взвешенные и ответственные решения; стремиться повышать свой

профессиональный уровень; иметь инициативность и активность при исполнении должностных обязанностей, ответственность и дисциплинированность.

Честность и непредвзятость. Это фундамент деятельности организации, ее деловой репутации. В организации не допускается конфликта между личными интересами и профессиональной деятельностью.

Ответственность. Ответственность - гарантия качества деятельности организации.

Уважение человеческой личности. Работники организации имеют право на честное и справедливое отношение к ним, независимо от расы, языка, политических и религиозных убеждений, половой, национальной и культурной принадлежности.

Патриотизм. Работник должен быть как патриотом своего государства, так и патриотом своей организации. Он должен способствовать развитию организации и государства.

Безопасность. Выражается в стремлении сохранить коммерческую тайну, и в заботе о сохранении организации, и в обеспечении не вредных и не опасных условий труда.

Благополучие. Нацеленность на материальное благополучие, как условие реализации потребностей человека, его семьи, общности, в рамках которой он живёт.

Взаимозаменяемость. Позволяет организации гибко реагировать на неожиданные изменения в окружающей среде и внештатные ситуации в самой организации.

Гармония. Ориентация на соответствие различных аспектов, сторон жизнедеятельности организации независимо от того эффективны ли данные явления или нет, главное не нарушать равновесие, гармоничность отношений.

Гибкость. Нацеленность на гибкость и побуждение работников к эффективному взаимодействию, совместным поискам оптимального решения проблемы, приемлемых для представителей различных служб способов реализации намеченных целей, своевременное реагирование на изменения окружающей среды (особенно актуальна в нестабильной внешней среде).

Система ценностей играет роль повседневных ориентиров в предметной и социальной действительности человека, обозначений его различных практических отношений к окружающим предметам и явлениям. В отношении экономической деятельности ценность используется как синоним понятия «потребительная стоимость», то есть значимость, полезность предмета для потребителя. Оценки социальной ценности здоровья тесно связаны с представлениями пациентов о социально справедливой цене на медицинские услуги. Рассмотрим какие факторы могут оказывать влияние на цену медицинской услуги (рис 1.1).



Рисунок 1.1 – Факторы, влияющие на уровень цены

Ценовое ядро составляют:

Затраты на расходные материалы.

Качество расходных материалов.

Рента как отчисления в пользу администрации за право ведения неформальной деятельности

Постоянный слой ценовой оболочки составляют:

Оценки социальной ценности здоровья; представления об обязательной его доступности.

Оценка общего социально-экономического фона.

Представление о социально справедливой цене на медицинскую услугу.

Ожидания врача относительно прибыли:

1. Представления о желаемом личном доходе:

2. Представления о желаемом образе жизни.

3. Общий уровень цен на необходимые товары и жизненные удобства.

Представления о достойной заработной плате:

1. Оценки профессионализма.

2. Оценки прошлых и текущих затрат на развитие человеческого капитала.

3. Оценка относительного качества своей работы.

Оценка конкурентной ситуации на рынке.

Оценка стабильности ситуации на рынке.

Оценка количества прямых конкурентов на рынке.

Оценки объема спроса.

Оценки количества лояльных «клиентов».

Удовлетворенность получаемым уровнем уважения за профессионализм.

Условия работы.

Нормы по поводу получения неформальных денежных платежей.
Договоренности в коллективе по поводу цены или их (отсутствие)
Возможности мониторинга деятельности со стороны коллег.

Переменный слой ценовой оболочки включает:

Оценки средней платежеспособности типичного пациента.

Представления о «сулящих прибыль» характеристиках пациента.

Характеристики пациента, провоцирующие врача на проведение социальной дискриминации через цену.

Г.Н. Носачев и В.В. Павлов в своей книге «Общение с пациентом. Психология общения в системе «врач-пациент»» (2000) рекомендуют следующие правила общения с пациентом:

- Относитесь к людям так, как вам хотелось бы, чтобы обращались с вами.
- Не говорите только сами, в любом случае дайте высказаться и собеседнику.
- Запоминайте имена всех, с кем приходится общаться. Не забудьте, если узнаете, поздравить с днем рождения, праздником и тому подобное.
- Умейте не только сострадать в несчастье, но и искренне радоваться исчезновению симптомов, другим успехам, а также успехам родных и близких.
- Входящие в компетенцию врача вопросы должны решаться самостоятельно. Не откладывайте на завтра то, что можно сделать сегодня. Недосказанность, нерешительность угнетают общение с пациентом, усиливают тревогу и настороженность у пациента.
- Никогда не забывайте поблагодарить пациента за беседу, осмотр, помощь другим больным, тогда пациент будет стремиться к вашей благодарности.
- Чаще улыбайтесь людям, будьте благожелательны. Благожелательно, если можно улыбаясь, встречайте пациента.
- Врач не должен нервничать, пугаться, раздражаться, негодовать. Раздражительный врач уже потерял свое лицо, насторожил пациента, настроил его против себя.
- Говорите правильно. Следите за своей речью. Старайтесь избегать длинных монологов. Не оставляйте вопросы без ответа. Можно сознаться, что на некоторые вопросы вы не знаете еще ответы, но не забудьте ответить на эти вопросы позже
- Не козыряйте властью, положением, должностью. Ваш стиль общения не может быть всегда идеальным, умейте признавать ошибки, выслушивать предложения.
- Никогда не позволяйте себе резких оскорблений, язвительных насмешек, пренебрежительной оценки. В трудных случаях поставьте себя на место пациента.

- Не забывайте о культуре одежды. Не ждите, что ваша неопрятность не станет поводом для обсуждения вашего внешнего вида. Следите за своим внешним видом.

- Пациенты не любят несчастных людей, особенно врачей, не выносят постоянной озабоченности, занятости собственными делами врачей.

С появлением сети Интернет у пациентов появилась возможность делиться своими впечатлениями. Предлагаем ознакомиться с некоторыми из них. Обратите внимание на то, что их волнует, на что они обращают внимание, что оценивают при посещении стоматолога.

⊖ Во-первых, не понравилось, что сам врач во время работы забывает, что под ним находится клиент - живой человек с эмоциями и мыслями. Настроение у него чаще всего от плохого до очень плохого, вечный депрессняк, который он и не думает скрывать. Без конца говорит какие-то ядовитые остроты свои ассистентам. Вот так лежишь в кресле и думаешь: "Б-женька, сделай так чтобы все обошлось для меня благополучно". Во-вторых, цены. Цены - это да. Тем более при таком качестве работы (см. ниже). В-третьих, и в главных - результаты проделанной им работы. Пломбы вылетают в течение 1-2-3 месяцев - я имела удовольствие сделать у него 4 пломбы, прежде чем до меня дошло, что больше не стоит испытывать судьбу.

⊖ Очень долго лечит, по 2-3 часа приходилось сидеть в кресле на каждом приеме. Конечно, верхняя семерка - не очень удобная позиция, но на то они и профессионалы, тем более в платном кабинете. Плюс ещё час ждать приема, поскольку остальных так же задерживала. Отправляет на рентген, не зная расписания рентген-кабинета.

Добрый день. Мой поход к данному врачу в 2015 году я запомню надолго. Мало того, что врач мне озвучила, что обычные пломбы на передние зубы не ставят и если я хочу, чтобы это выглядело красиво, необходимо заплатить, я согласилась. Но прошло 2 недели и 1 пломба из 2-х передних зубов, которые мы лечили, выпала. Я обратилась к врачу, она переделала и опять взяла деньги. Далее, мы лечили еще 2 зуба. Спустя 6 месяцев у меня выпали пломбы в передних 2-х зубах, спустя еще 6 месяцев еще 1 пломба, которую мы ставили в тот же период. Также параллельно со мной лечил зубы у данного врача мой муж, спустя также 6 месяцев у него выпало 2 пломбы. Итог: данный врач отвратительно сделала свою работу, когда я ей позвонила и описала ситуацию, она сказала: "Не мои проблемы". Считаю подход данного врача к своей работе некачественным. Знакомые, которые также обслуживались у данного врача, разочарованы в качестве оказываемых услуг.

Лечила зубы в начале августа. Прошло 3 недели с момента лечения, а зубы как болели так и болят. Жевать невозможно, больно. Врач безразличный, невнимательный. Во время лечения постоянно разговаривала по телефону, на приём опаздывала. Жаль потраченного времени, потраченных денег на лечение, придётся переделывать у другого врача.

Водили ребёнка к этому врачу, очень не понравилось. Сервис в клинике не очень хорош, думал выглядеть будет лучше, но это не самое важное. Сразу предупредить хочу, что осмотр не бесплатен как практически во всех клиниках, ну или хотя бы был бы 100 руб а не 500! Это для того, чтобы не ушли после осмотра! Как с нами и получилось! Знал бы чем все это закончится отдал бы 500 руб и ушли. Уколы обезболивания делал врач больно! После 1-ой процедуры ребёнку не хотелось повторно к ней идти. Чек дают на общую сумму лечения без описания процедур. За скидки забудьте, их тут нет! Были в другой клинике, думали выйдет дороже тоже самое лечение, а на самом деле дешевле! Качество работы лучше и ребёнку больше понравилось! Сам врач без большого опыта, в 2013 закончила университет. Разговаривать и объяснять не может, между словами мычит. Можно сказать, что побывали у практиканта!

В последнее время при устройстве на работу у работодателей (например, у израильского госпиталя HADASSAH MEDICAL, открывшегося в медицинском кластере Сколково) появились особые требования к кандидатам на работу, среди них не только соблюдение правил и принципов врачебной этики, умение налаживать коммуникацию с пациентом, но и отсутствие отрицательной репутации в интернете.

Не стоит забывать, что нарушения норм этики приводят не только к ухудшению профессиональной репутации, но и влекут юридические последствия!

Тема 2. Врач и пациент

Цель занятия: Рассмотреть понятие «нормативно-правовой акт», основные нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность стоматологической организации. Сформировать представление о правах пациента и юридической ответственности врача. Уметь на практике разрешать спорные ситуации с пациентами на примере ситуационных задач.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Нормативно-правовой акт. Понятие. Признаки. Акты, регламентирующие деятельность стоматологических организаций.
2. Правоотношение. Правонарушение.
3. Перечислите права пациентов.
4. Права пациентов на выбор врача, обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям и право на проведение консилиума или консультации с другими специалистами.
5. Права пациентов на облегчение боли, возмещение ущерба и отказ от медицинского вмешательства.
6. Добровольное Информированное Согласие пациента. Состав. Преимущества устной и письменной форм.
7. Уровни защиты прав пациентов и их характеристика.
8. Ятрогения. Понятие. Классификация.
9. Дефекты медицинской помощи – определение и классификация.
10. Врачебная тайна. Субъекты и объекты врачебной тайны. Случаи правомерного разглашения тайны.
11. Алгоритм разбора жалоб от пациентов.

Нормативно-правовой акт – это изданный в особом порядке правовой акт, принятый полномочным на то органом и содержащий правовые нормы.

Признаки нормативно-правового акта:

- властно-волевой характер;
- неоднократность применения;
- адресованность неопределенному кругу лиц.

В России **нормативный правовой акт** представляет собой принятый в установленном порядке органами государства, органами местного самоуправления либо населением письменный официальный документ – решение об установлении, изменении либо отмене правовых норм с той или иной сферой действия во времени, в пространстве и по кругу лиц. В постановлении Государственной Думы от 11 ноября 1996 г. № 781-II ГД «Об обращении в Конституционный Суд Российской Федерации» он определен как **письменный официальный документ, принятый (изданный) в определенной форме правотворческим органом в пределах его**

компетенции и направленный на установление, изменение или отмену правовых норм.

Нормативные правовые акты по юридической силе делятся на:

- законы;
- подзаконные акты.

В классическом понимании **закон** – это нормативный правовой акт, содержащий первичные юридические нормы, которых раньше в правовой системе не было, либо объединяющий разрозненные нормы, закладывающий основы регулирования в полном объеме.

При этом закон регламентирует ключевые аспекты жизни страны, принципиальные экономические, политические и социальные вопросы.

Отсюда следуют **основные признаки закона** как нормативного правового акта:

- он принимается представительными органами, избираемыми народом, или непосредственно самим народом на референдуме;
- обладает высшей юридической силой;
- принимается в особом процессуальном порядке;
- по своему характеру является стабильным;
- принимается для регулирования наиболее важных социально значимых общественных отношений.

Итак, закон – это нормативный правовой акт, обладающий высшей юридической силой, принимаемый в особом законодательном порядке народом или парламентом, регулирующий наиболее важные общественные отношения.

Законы по своему значению и прежде всего по юридической силе делятся на:

- основные;
- обыкновенные.

Основные законы - это конституции.

Конституция – это единый правовой акт, обладающий особыми юридическими свойствами, посредством которого народ учреждает основные принципы устройства государства и общества, закрепляет охраняемые государством права, свободы и обязанности человека и гражданина.

Обыкновенные законы представляют собой акты действующего законодательства, которые посвящены различным сторонам политической, экономической, социальной жизни общества. Они издаются в строгом соответствии с предписаниями Конституции РФ, конкретизируя ее положения и по своей внутренней структуре делятся на:

- текущие;
- кодифицированные.

Типичным примером текущего законодательного акта является закон о бюджете, который действует только в течение определенного года.

Различного рода кодексы, уставы, положения, основы представляют собой так называемые **кодифицированные законы**.

Кодекс (лат. codex – книга) – это единый нормативный правовой акт, систематизирующий законодательство какой-либо отрасли права (гражданской, уголовной, земельной и т. п.). Кодекс является результатом сложной правотворческой деятельности, в ходе которой создается единый логически цельный, внутренне согласованный нормативный правовой акт.

Признаки нормативного правового акта:

- 1) Они исходят только от государственных органов, специально на то уполномоченных;
- 2) существует особый порядок их принятия;
- 3) используется писаная форма и оформление в специальном виде;
- 4) иерархическая подчиненность, основанная на различной юридической силе отдельных актов;
- 5) содержание нормативных правовых актов составляют нормы права.

Нормативные правовые акты, которые издаются во исполнение и на основе законов, называются подзаконными актами (постановления, распоряжения, инструкции и т. д.).

В нашей стране в развитие Конституции РФ и федеральных законов Президент РФ, Правительство РФ, федеральные министерства, комитеты также издают нормативные правовые акты.

Нормативно-правовые акты РФ, регламентирующие деятельность стоматологической организации:

1. Конституция РФ от 12.12.1993 г.
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
3. Федеральный закон от 7.02. 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей»;
4. Федеральный закон от 29.11.2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
Федеральный Закон от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»
5. Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 г. №149-ФЗ
6. Федеральный закон от 02.05.2006 г. №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»
7. Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 №186 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации»
8. Приказ МЗиСЦ РФ от 07.12.2011 №1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»
9. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»
10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 №406н « Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при

оказании ему медицинской помощи в рамках ППГ бесплатного оказания медицинской помощи»

11. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 №407н «Об утверждении порядка содействия медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача»

12. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства"

13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.05.2012 №441н « Об утверждении порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений»

14. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1631н "Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации"

15. Приказ МЗ МП РФ от 06.08.1996 № 312 «Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования»

16. Приказ МЗ СССР от 12.06.1984 г № 670 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи»

17. Приказ МЗ РФ от 9.12. 1996 г. N 402 «О внесении изменений в приказ минздрава ссср от 12.06.84 п 670 "о мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению"

18. Протокол ведения больных. «Кариес зубов», утв. Минздравсоцразвития РФ 17.10.2006

19. Приказ МЗиСЦ РФ от 24.01.2012 №31н «О внесении изменений в порядок выдачи листков нетрудоспособности, утвержденный приказом МЗ и СЦ РФ от 29.06.2011 №624н»

20. Приказ МЗ и СР РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»

Правоотношение – это общественное отношение, урегулированное правовой нормой. Правоотношения возникают между людьми, гражданами-предпринимателями, государственными органами, предприятиями, фирмами, кооперативными и иными организациями.

В правоотношении выделяют:

Содержание – юридические права и обязанности участников правоотношения

Объект – те материальные и нематериальные блага, по поводу которых возникает правоотношение

Субъекты – физические и юридические лица, участвующие в правоотношении

Под **правонарушением** понимается такое неправомерное поведение человека, которое выражается в действии или бездействии. Подразделяются на: гражданские, административные, дисциплинарные, уголовные.

Юридическая ответственность - это ответственность граждан за противоправные действия

Правами пациента наделяются только граждане, вступившие в правоотношения с медицинским работником (учреждением), в связи с необходимостью получения медицинской помощи или по иным причинам.

Таким образом, пациент - это лицо, обратившееся в медицинское учреждение за диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной или иной медицинской помощью либо участвующее в качестве испытуемого в клинических исследованиях.

Для приобретения статуса пациента у гражданина должны возникнуть реальные правоотношения с медицинским учреждением вне зависимости от организационно-правовой формы (государственное, муниципальное, частное) этого учреждения и причины, побудившей гражданина обратиться в это учреждение.

За последнее время издано несколько десятков нормативно-правовых актов, содержащих правовые нормы, регламентирующие права пациентов. Прежде всего, это Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ, а также законы, посвященные регулированию правовых отношений в трансплантологии, психиатрии и др. Данный юридический документ имеет универсальное значение для медицинской деятельности в отношении прав, свобод и обязанностей пациентов.

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- отказ от медицинского вмешательства;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

Выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования. Данное право пациента продублировано также и в законодательстве о медицинском страховании, в котором отмечено, что гражданин имеет право на выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования. Важность данного права объясняется следующими основными обстоятельствами. Данное право:

- 1) является отображением конституционно гарантированных прав и свобод человека в сфере охраны здоровья граждан;
- 2) предоставляет пациенту право получения квалифицированной медицинской помощи у специалиста, с которым сложились более доверительные отношения;
- 3) предоставляет пациенту возможность получения медицинской помощи в специализированных медицинских учреждениях, оснащенных современным медицинским оборудованием;
- 4) является мощным стимулом к повышению медицинскими работниками своей профессиональной квалификации и, следовательно, к повышению качества оказываемой гражданам медицинской помощи.

Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Данное право пациента реализуется путем создания в лечебно-профилактическом учреждении условий, при которых внешние факторы не будут создавать угрозу жизни и здоровью человека. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определяет понятие *гигиенического норматива* - это установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор

среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека.

В качестве примера законодательных требований к санитарно-гигиеническим условиям пребывания человека на лечении в медицинском учреждении может быть использовано законодательное ограничение курения табака.

Проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов. Нередко при оказании медицинской помощи возникают сложности в постановке точного диагноза заболевания или оценки состояния здоровья пациента. Помимо реализации права на выбор врача, пациент имеет возможность инициировать проведение консилиума либо проведение консультаций других специалистов. Это право в значительной мере расширяет законные возможности человека на качественную диагностику и лечение. Следует заметить, что этому праву пациента корреспондирует обязанность лечащего врача и должностных лиц медицинского учреждения (заведующий отделением, главный врач) организовать проведение консилиума либо консультации необходимого специалиста.

Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами. Указанное положение предусматривает для пациентов право, а для медицинских работников обязанность в процессе оказания медицинской помощи облегчать боль всеми «доступными способами и средствами».

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Необходимым предварительным условием выполнения любого медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его выполнении, в интересах гражданина, решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений о состоянии здоровья пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи. В процессе оказания медицинской помощи, в силу различных причин, возникают осложнения, приводящие к неблагоприятному исходу для здоровья и даже жизни пациента. Реализация указанного права пациента предусматривает, что в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи пациент имеет законное право потребовать возмещения вреда, причиненного его здоровью.

Нормативно-правовая база сферы охраны здоровья предусматривает значительную роль территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций в государственном обеспечении реализации прав граждан на возмещение причиненного ущерба. Связано это с возложением на территориальные фонды ОМС обязанностей по защите интересов пациентов (застрахованных лиц).

В частности, в методических рекомендациях *«Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования»* (Утв. Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.) дано определение причиненного вреда (ущерба) - это реальный ущерб, причиненный жизни, здоровью застрахованного, а также упущенная им выгода, связанные с действием или бездействием работников учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) при оказании медицинской и (или) лекарственной помощи и подлежащие возмещению.

Различают следующие **основные виды нарушений** при оказании медицинской и лекарственной помощи:

1. Невыполнение или ненадлежащее выполнение условий Договора на предоставление лечебно-профилактической помощи в системе обязательного медицинского страхования.

2. Выставление счета за фактически неоказанную услугу:

- неоднократное включение в счет одной и той же медицинской услуги;
- выставление счета за услуги, не предусмотренные программой ОМС и лицензией медицинского учреждения, а также за действия, не являющиеся отдельно оплачиваемой медицинской услугой при принятом порядке оплаты.

3. Оказание застрахованному лицу медицинской помощи ненадлежащего качества:

- невыполнение, несвоевременное или некачественное выполнение необходимых пациенту диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий (исследования, консультации, операции, процедуры, манипуляции, трансфузии, медикаментозные назначения и т.д.);
- необоснованное (без достаточных показаний или при наличии противопоказаний) проведение диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий, приведшее к диагностической ошибке, выбору ошибочной тактики лечения, ухудшению

состояния пациента, осложнению течения заболевания или удлинению сроков лечения.

4. Нарушения в работе медицинских учреждений, наносящие ущерб здоровью застрахованных лиц:

- заболевания (травмы, ожоги) и осложнения, возникшие в период пребывания пациента в медицинском учреждении по вине медицинских работников, потребовавшие оказания дополнительных медицинских услуг, в том числе:

- внутрибольничное инфицирование, связанное с неправильными действиями медицинского персонала;

- осложнения после медицинских манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанные с дефектами их выполнения или недоучетом противопоказаний.

5. Преждевременное (с клинической точки зрения) прекращение лечения, приведшее к ухудшению состояния больного, развитию осложнения, обострению, утяжелению течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента или его родственников), в том числе:

- преждевременная выписка больного, повлекшая повторную госпитализацию, или удлинение периода реконвалесценции, или хронизацию заболевания, или другие неблагоприятные последствия;

- преждевременное прекращение врачебного наблюдения в амбулаторных условиях и др.

Другие нарушения, в результате которых причинен ущерб здоровью и жизни граждан, изложены в главе учебника, посвященной юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения.

Допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав. Указанное право обеспечено конституционно определенным правом граждан на получение квалифицированной юридической помощи (ст. 48 Конституции РФ).

Большинство федеральных и региональных нормативно-правовых актов, касающихся как общих, так и специальных вопросов медицинской деятельности, содержат положения о предварительном получении от пациента согласия – как обязательном условии выполнения любого медицинского вмешательства. По данным ряда авторов (В.В. Жаров, СП. Фадеев, 2001, Пискун А.В., 2005), при рассмотрении «врачебных» судебных дел в большинстве случаев (до 70% случаев) отмечены нарушения в процедуре документирования согласия пациента на медицинское вмешательство.

С точки зрения медицинского права, ***согласие на медицинское вмешательство – это свободное осознанное принятие пациентом компетентного решения медицинских работников, основанное на адекватной информированности пациента (получении объективной и***

всесторонней информации в полном объеме) о предстоящем медицинском вмешательстве (диагностическом, профилактическом, лечебном, реабилитационном), связанных с ним вероятных рисках, а также альтернативных медицинских вмешательствах.

С позиций современного развития медицинского права представляется возможным сформулировать **основные организационно-правовые принципы реализации права пациента на информированное согласие.** К ним относятся следующие положения:

1) информированное согласие – это право пациента и обязанность медицинского работника, выполняющего медицинское вмешательство;

2) информированное согласие необходимо получать на любое медицинское вмешательство: измерение артериального давления, проведение сеанса гипноза, выполнение сложной хирургической операции на сердце;

3) получение информированного согласия свидетельствует об уважении прав и законных интересов пациента;

4) информированное согласие обуславливает активное участие самого пациента в процессе оказания медицинской помощи;

5) благодаря информированному согласию, повышается не только юридическая, но и морально-этическая ответственность врача за качественное оказание медицинской помощи.

Учитывая юридическое определение, а также используя общие принципы медицинского права, выделяются следующие **критерии правомерности реализации права пациента на согласие на медицинское вмешательство:**

1. Адекватная (достаточная, достоверная) информированность.
2. Добровольность (независимость, автономность).
3. Осознанность.

Адекватная информированность пациента - означает предоставление достоверной (соответствующей действительности) информации на понятном для пациента языке, в доступной форме, в достаточном для принятия объективного решения объеме.

По результатам анализа действующего законодательства РФ и международных соглашений, проф. А.Н. Пищита (2011) разработал медико-правовой стандарт количества и качества медицинской и юридической информации, которую медицинские работники обязаны предоставить пациенту для получения от него **свободного осознанного согласия, основанного на адекватной информированности.**

Вся обязательная информация, необходимая пациенту для принятия решения о возможности и целесообразности выполнения медицинского вмешательства, условно объединяется в следующие три блока:

Блок А. Информация об исходном состоянии здоровья, прогнозе для здоровья и жизни пациента.

К этому блоку относится информация, касающаяся:

- 1) сведений об основном заболевании, вариантах течения прогнозе;

2) сведений о сопутствующих заболеваниях, вариантах течения, прогнозе;

3) сведений о взаимном влиянии патологических процессов, прогнозе для здоровья и жизни, и вероятном изменении качества жизни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства либо комплекса лечения.

Блок Б. Информация о вариантах необходимого и возможного медицинского вмешательства (обследования, лечения, реабилитации).

К этому блоку относится информация в отношении:

1) сведений о возможных вариантах обследования, лечения, реабилитации (далее медицинского вмешательства) основного заболевания с учетом мировой практики (наиболее обширный перечень вариантов медицинских вмешательств);

2) сведений о возможных вариантах медицинских вмешательств с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений организма конкретного пациента (перечень применимых вмешательств, ограниченных состоянием реального пациента);

3) сведений о возможных вариантах медицинских вмешательств, применимых в условиях конкретного медицинского учреждения, с учетом материально - технической базы и медикаментозного обеспечения, а также квалификации работающих специалистов и наличия разрешительных документов;

4) сведений о показаниях к применению предлагаемого медицинского вмешательства как оптимального для данного пациента в реальных условиях;

5) сведений об информационной ценности диагностического медицинского вмешательства, его пользе для своевременной и точной диагностики заболевания, оценки состояния здоровья пациента и определения тактики лечения;

6) сведений о сути, этапах проведения предлагаемого медицинского вмешательства;

7) сведений о срочности показанного медицинского вмешательства (по жизненным показаниям, неотложное, срочное, плановое с рекомендациями по времени выполнения);

8) сведений о вероятных осложнениях, которые могут развиваться во время или сразу после медицинского вмешательства;

9) сведений о необходимости изменения плана медицинского вмешательства при возникновении непредвиденных обстоятельств во время выполнения вмешательства, в случае, если пациент в этот момент не в состоянии выразить свою волю;

10) сведений об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни (с оценкой степени вероятности).

Блок В. Информация о правах и обязанностях пациента.

К этому блоку относится следующая информация:

- 1) сведения о правах пациента и законных возможностях их защиты;
- 2) сведения о наличии необходимых разрешительных документов у учреждения и специалистов на оказание данного вида медицинской помощи;
- 3) сведения о враче, бригаде врачей, среднем медицинском и техническом персонале, участвующем в выполнении медицинского вмешательства, их квалификации, опыте работы в данной отрасли медицины;
- 4) сведения об участии студентов, аспирантов, клинических ординаторов, стажеров в процессе выполнения медицинского вмешательства в рамках учебно-педагогической и научной работы, проводимой в данном медицинском учреждении;
- 5) сведения об использовании конфиденциальной медицинской информации для статистической, научной обработки, в учебно-педагогической работе и гарантиях обеспечения конфиденциальности при работе с подобной информацией;
- 6) сведения об ответственности пациента за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства;
- 7) сведения об ответственности пациента за соблюдение режима и выполнение рекомендаций медицинского персонала в процессе выполнения медицинского вмешательства, комплекса лечения и после него.

Медико-правовой стандарт - это совокупность медицинской и юридической информации, обязательной для предоставления пациенту, с целью получения от него (пациента) предварительного согласия на медицинское вмешательство, основанного на адекватной информированности в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ,

При оказании медицинской помощи медицинские работники обязаны знать, что информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли.

Однако для медицинских работников должно четко быть понятно, что в соответствии с действующим законодательством РФ перед выполнением любого медицинского вмешательства от пациента необходимо в обязательном порядке получать **свободное осознанное согласие, основанное на адекватной информированности.**

Преимуществами устной формы информирования пациента являются:

- простота и непродолжительность по времени реализации;
- большая степень доверительности между лечащим врачом и пациентом, формирование т.н. «терапевтического» сотрудничества;
- предоставление обязательной информации в форме собеседования лечащего врача и пациента, с возможностью обсуждения всех интересующих пациента вопросов.

В то же время при устной форме информирования невозможно контролировать объем и качество предоставленной информации. В этой связи возникают трудности при доказательстве адекватного информирования пациента, в случае возникновения конфликтов или при судебных разбирательствах.

К преимуществам письменной формы отображения информированного согласия на медицинское вмешательство следует отнести:

- юридически определенно зафиксированное волеизъявление пациента и исполнение медицинскими работниками законодательных требований по адекватности информирования пациента позволяют использовать документ в качестве аргумента защиты обеими сторонами в процессе судебных разбирательств;

- лечащему врачу предоставляет возможность заблаговременно подготовить обязательную информацию для предоставления ее конкретному пациенту;

- пациенту дает возможность внимательно ознакомиться с информацией, проконсультироваться с родственниками, сторонними специалистами и принять объективное решение по поводу обоснованности выполнения медицинского вмешательства;

- повышает ответственность медицинских работников при оформлении медицинской документации и выполнении медицинского вмешательства;

- стимулирует пациентов строго исполнять рекомендации лечащего врача и медицинских работников в процессе и после выполнения медицинского вмешательства.

С позиций медицинского права представляется более адекватным вариант дифференцированного отношения к процедуре оформления согласия на медицинское вмешательство. Обычные, рутинные процедуры, характеризующиеся низкой вероятностью развития осложнений, могут выполняться при условии устного информирования пациента и получения согласия на комплекс лечебных и диагностических вмешательств.

Под юридическим конфликтом в сфере медицинской деятельности следует понимать открытое активное противодействие субъектов медико-правовых отношений, связанное с защитой ими своих законных интересов взаимоисключающего характера. В качестве субъектов юридического конфликта в медицине могут выступать физические (пациент, частнопрактикующий врач) и юридические (лечебное учреждение, органы управления здравоохранением) лица.

Защита прав пациента может осуществляться в неюрисдикционной форме (самозащита своих прав и законных интересов) и юрисдикционной форме (в специальном, административном порядке или, по общему правилу, в судебном порядке).

Принципиально, следует выделять два уровня защиты прав пациентов:

- досудебный;
- судебный.

Характеризуя досудебный уровень защиты прав пациентов, следует отметить, что он является наиболее предпочтительным по многим причинам как для самого пациента, так и для представителей медицинского учреждения, в котором гражданину оказывалась медицинская помощь.

Предпочтительность именно такого способа решения спорных ситуаций в медицине объясняется следующими обстоятельствами:

- не требует соблюдения особых процессуальных условий;
- не требует специальной юридической подготовки сторон конфликта;
- относительно быстрое достижение согласия сторон;
- отсутствие необходимости составления искового заявления с изложением обстоятельств конфликта и своих требований;
- нет необходимости самостоятельно или через представителя отстаивать свои интересы в суде.

С позиций современного уровня развития медицинского права в России **основными вариантами досудебного уровня защиты прав пациентов являются:**

1. Обращение к руководителю лечебного учреждения (устное и письменное).
2. Обращение в вышестоящий орган управления здравоохранением.
3. Взаимодействие с этическими комитетами.
4. Помощь независимых общественных объединений и профессиональных ассоциаций.
5. Жалоба в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд обязательного медицинского страхования.
6. Обращение в лицензионно-аккредитационную комиссию.
7. Жалоба в органы прокуратуры.

Самый частый досудебный способ решения конфликтных ситуаций при оказании медицинской помощи - **обращение к руководителю того медицинского учреждения, в котором пациенту была оказана медицинская помощь.**

Обращение в вышестоящий орган управления здравоохранением - один из эффективных способов досудебного уровня защиты прав пациентов.

С позиций методологии медицинского права важным фактором является письменный вариант обращения пациента в органы управления здравоохранением, поскольку это свидетельствует об официальном обращении гражданина к определенному должностному лицу. Устные обращения пациентов нередко остаются без должного внимания и не способствуют быстрому разрешению конфликта.

Независимые общественные объединения и профессиональные медицинские ассоциации способны в определенной степени обеспечить защиту прав пациентов за счет того, что данные структуры не входят в государственную или муниципальную систему здравоохранения, и в связи с

этим, они способны осуществлять независимую правозащитную деятельность.

В случае возникновения юридических конфликтов граждане могут обратиться также **в страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования**. В соответствии с положениями статьи 6 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» граждане Российской Федерации имеют право на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования, а также возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Страховые медицинские организации осуществляют контроль качества, объемов и сроков оказания медицинской помощи и путем отбора лечебно-профилактических учреждений, участвующих в обеспечении медицинской помощью застрахованных граждан.

Несмотря на значительное количество положительных сторон, досудебный уровень защиты прав пациентов не лишен определенных недостатков. К основным из них относятся:

1. Превалирование ведомственных интересов в сфере медицины.
2. Отсутствие практики и опыта работы в медико-правовом отношении значительного числа общественных правозащитных объединений и профессиональных ассоциаций.
3. Отсутствие системы независимой экспертизы качества медицинской помощи.
4. Менталитет большинства пациентов, проявляющийся в нежелании пользоваться иными, а не только обращением к руководителю медицинского учреждения, способами досудебной защиты своих нарушенных прав.
5. Низкий уровень правовой культуры и правосознания у части руководителей медицинских учреждений и органов управления здравоохранения.

Основными способами судебной защиты прав пациентов являются:

- а) обращение пациента с жалобой на неправомерные действия органа (должностного лица);
- б) исковое заявление.

К действиям (решениям), которые могут быть обжалованы в суд, статья 2 указанного закона относит, в частности, нарушение прав и свобод гражданина, создание препятствий осуществлению гражданином его прав и свобод. Указанные поводы могут служить причиной обращения пациента в суд с жалобой на те или иные обстоятельства, возникшие при его взаимодействии с медицинской сферой.

Гражданин не должен доказывать незаконность этих действий (решений), ему требуется подтвердить, доказать лишь факт нарушения своих прав и свобод. В таком случае обязанность доказывать правомерность своих действий лежит на администрации медицинского учреждения или частнопрактикующего врача.

По результатам рассмотрения жалобы суд может вынести следующие решения:

- признать обжалуемое действие (решение) незаконным;
- обязать удовлетворить требование пациента;
- восстановить нарушенные права и свободы пациента;
- определить ответственность государственного органа, органа местного самоуправления, учреждения, предприятия или объединения, общественного объединения или должностного лица, государственного служащего за действия (решения), приведшие к нарушению прав и свобод пациента;
- обязать возместить убытки, моральный вред, нанесенные пациенту признанными незаконными действиями (решениями) в установленном Гражданским кодексом Российской Федерации порядке;
- если обжалуемое действие (решение) суд признает законным, не нарушающим прав и свобод гражданина, он отказывает в удовлетворении жалобы.

К основным принципам подачи искового заявления при защите прав пациента относятся:

- предъявление иска к учреждению, где были нарушены права, свободы или законные интересы пациента, а не к конкретному медицинскому работнику, виновному (по мнению пациента) в данных действиях;
- иск может подать как сам пациент, так и его законный представитель;
- необходимо собрать доказательства нарушения прав пациента в данном учреждении;
- требования к медицинскому учреждению (частнопрактикующему врачу) должны быть обоснованными, т.е. иметь ссылку на конкретные нарушенные права пациента, содержащиеся в нормативно-правовых актах.

Важным аспектом в осуществлении судебного способа защиты прав пациентов является ***сбор и представление доказательств***. Доказательствами по делу, связанному с оказанием медицинской помощи, являются полученные в предусмотренном законом порядке сведения о фактах, на основе которых суд устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, обосновывающих требования и возражения сторон, а также иных обстоятельств, имеющих значение для правильного рассмотрения и разрешения дела.

Доказательства, полученные с нарушением закона, не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу решения суда (например, аудио или видеосъемка врачом).

Комплексное теоретико-правовое рассмотрение проблем дефектов оказания медицинской помощи было бы неполным без освещения вопросов,

связанных с правовой квалификацией **ятрогенных заболеваний (ятрогений)**.

В настоящее время в юридической и медицинской литературе рассмотрение ятрогений осуществляется с различных позиций. Зачастую под ятрогениями подразумевают все неблагоприятные результаты общения пациентов с врачами, тем самым подвергается сомнению правомочность термина «дефект оказания медицинской помощи». В то же время существует отношение к ятрогений как к преступлениям медицинских работников, подразумевающим наличие умысла в действиях и необходимость привлечения таких медицинских работников к уголовной ответственности. Сторонники первоначального значения понятия ятрогений трактуют его как развитие заболевания, ухудшение состояния, вызванного неадекватной реакцией пациента или неправильно истолкованные слова при нарушении психологического контакта между пациентом и медицинским работником.

Под ятрогенией следует понимать новое, неумышленно или неизбежно возникающее заболевание или патологическое состояние, являющееся прямым следствием медицинского (диагностического, лечебного, профилактического, реабилитационного) вмешательства. Ятрогенные заболевания - это не осложнение основного заболевания и по механизму развития оно не связано с основным заболеванием (состоянием).

В качестве характеризующих такую ситуацию примеров можно привести следующие действия медицинских работников:

- повреждения ребер при непрямом массаже сердца с целью сохранения жизни пациента;
- нарушение целостности печени при диагностической пункционной биопсии и др.

Наиболее адекватной, признанной медицинской общественностью, считается предложенная профессором патологической анатомии В. Некачаловым (1998) классификация ятрогений, в соответствии с которой выделяют 3 группы ятрогений:

1. Патологические процессы, патогенетически не связанные с основным заболеванием или его осложнением и не играющие существенной роли в общей танатологической оценке случая;
2. Патологические процессы, обусловленные медицинским воздействием, проведенные по показаниям и выполненные правильно;
3. Патологические процессы, необычные смертельные реакции, в том числе обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся причиной летального исхода.

С позиций современного развития медицинского права **необходимо различать следующие виды ятрогений:**

1. Диагностические:

- неустановленный диагноз;
- дефекты выполнения диагностических вмешательств;
- гипердиагностика, т.е. определение несуществующих заболеваний.

2.Лечебные:

- дефекты выполнения лечебных вмешательств (напр. кровотечения при эндоскопических операциях);
- повреждения органов или тканей при выполнении хирургических вмешательств;
- оставление инородного тела в ране, полости и пр.;
- радиационное поражение при лучевой терапии.

3.Профилактические:

- неблагоприятная реакция организма на профилактические прививки;
- отрицательное влияние внешних факторов (средства массовой информации, гигиеническое воспитание);
- погрешности в проведении массовых, индивидуальных профилактических мероприятий.

4.Лекарственные:

- последствия неправильного назначения лекарственных средств;
- нарушения правил приема лекарственных средств, в том числе рекомендованной дозировки;
- назначение не показанных при данном заболевании лекарственных средств.

5.Информационно-деонтологические:

- неправильное толкование слов медицинского работника;
- недостаточное информирование пациента относительно его заболевания, медицинского вмешательства, допустимых рисков;
- отступление медицинского работника от деонтологических правил взаимоотношений с пациентом;
- нарушение режима сохранения врачебной тайны.

Учитывая представленное в учебнике определение, ятрогений - это неумышленные или неизбежно возникающие заболевания (состояния), которые, по не зависящим от медицинского работника обстоятельствам, завершаются неблагоприятным исходом. Не следует все неблагоприятные исходы медицинских вмешательств ассоциировать с действиями медицинских работников. По мнению авторов, большую часть ятрогенных заболеваний (состояний) следует относить к случаям невиновных врачебных действий.

Под дефектом медицинской помощи следует понимать некачественное оказание медицинской помощи, которое привело или могло привести к ухудшению здоровья больного.

Нарушения, допущенные субъектами оказания медицинской помощи, могут быть систематизированы:

во-первых, диагностические дефекты (не установление диагноза, не своевременное установление диагноза, неправильный диагноз, гипердиагностика, манипуляционные и медикаментозные дефекты);

во-вторых, лечебно-профилактические дефекты (при медикаментозных назначениях, манипуляциях, физиотерапевтических процедурах, операциях);

в-третьих, тактико-стратегические дефекты (неверная оценка ситуации и неверное прогнозирование течения заболевания, недооценка тяжести состояния больного, отсрочка операции или отказ от нее, неправильное прогнозирование результатов операции);

в-четвертых, информационно-деонтологические дефекты (неинформирование (не полноценное информирование) пациента о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения, прогнозах, рисках и исходе; ложная информация, чрезмерная информация, разглашение врачебной тайны)

И последней группой нарушений, допускаемых субъектами оказания медицинской помощи, являются организационные дефекты (недостатки организации профилактики, диагностики, лечения).

К сожалению, одними из первых нарушений допускаемых врачами при оказании стоматологической помощи являются нарушения при оформлении первичной медицинской документации. Как известно, «документ» в переводе с латинского означает «доказательство». Медицинская документация в основном подразделяется на административную и врачебную. К первой относится договор, составленный между исполнителем медицинской услуги и их потребителем; лицензия, сертификат, перечень оказываемых услуг с указанием их стоимости и т. п. К врачебной документации относится история болезни (амбулаторная и стационарная карта больного) с соответствующими приложениями.

Важнейшей проблемой до настоящего времени является обеспечение права пациента на защиту информации, относящейся к категории «врачебная тайна», которая признается одним из основных понятий врачебной этики, деонтологии и медицинского права.

Под врачебной тайной следует понимать защищаемые, в соответствии с законодательством, сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, а также иные сведения о гражданине, ставшие известными (доверенные) в процессе оказания медицинской помощи лицам, исполняющим профессиональные, служебные и иные обязанности.

Следует заметить, что информация может считаться профессиональной тайной, если она отвечает следующим требованиям:

- информация доверена или стала известной лицу лишь в силу исполнения им профессиональных обязанностей;
- лицо, которое предоставило информацию, не состоит на государственной или муниципальной службе (в противном случае информация считается служебной тайной);
- федеральным законом установлен запрет на распространение информации, поскольку это может нанести ущерб правам и законным интересам доверителя;
- информация не относится к сведениям, составляющим государственную и коммерческую тайну

Врачебная тайна отвечает всем перечисленным признакам, поэтому она может быть отнесена к категории профессиональной тайны.

Нормативно-правовую базу института сохранения врачебной тайны составляют:

Субъектами, имеющими доступ к врачебной тайне, являются все медицинские, фармацевтические работники, принимающие участие в оказании медицинской помощи, и иные работники, непосредственно не участвующие в лечебно-диагностическом процессе (работники управления здравоохранением, технический персонал, статистики, работники приемных отделений, кураторы других больных, находящихся в той же палате и т.п.).

К основным субъектам, имеющим доступ к врачебной тайне, относятся:

1. Лица с высшим медицинским или фармацевтическим образованием (врачи, провизоры).

2. Лица со средним медицинским или фармацевтическим образованием (фельдшеры, медицинские сестры, фармацевты).

3. Младший медицинский персонал (санитары, няни).

4. Лица, находящиеся в процессе обучения (студенты медицинских вузов и училищ).

5. Персонал вспомогательных служб лечебно-профилактического учреждения (работники кадровых, юридических, финансовых, хозяйственных служб и др.).

6. Сотрудники, работающие в системе обязательного и добровольного медицинского страхования (фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации).

7. Должностные лица органов управления здравоохранением (главные врачи, руководители структурных подразделений министерств, управлений, комитетов здравоохранения субъектов РФ).

Сотрудники правоохранительных органов, которым информация, составляющая врачебную тайну, стала известной в силу профессиональных обязанностей.

С позиций современного состояния учебной дисциплины медицинского права к **объектам врачебной тайны относятся сведения:**

- о факте обращения за медицинской помощью;
- о состоянии здоровья пациента;
- о диагнозе заболевания пациента;
- полученные при обследовании и лечении пациента;
- о результатах обследования лица, вступающего в брак;
- о проведенном искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона;
- о личности донора и реципиента при трансплантации органов и тканей;
- о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья.

ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» предусматривают исчерпывающий перечень случаев, когда допускается предоставление третьим лицам сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. К таким **случаям правомерного разглашения врачебной тайны** относится предоставление сведений, составляющих врачебную тайну:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему, для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

По запросу органа внутренних дел лечебно-профилактические учреждения обязаны незамедлительно и на безвозмездной основе выдавать письменные справки о поступивших (обратившихся) гражданах с телесными повреждениями насильственного характера с указанием предварительного диагноза, возможных причин их получения (в том числе со слов пострадавшего).

Таким образом, врачебная тайна является одним из важнейших предметов исследования медицинского права.

В случае разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, пациенты могут предпринять следующие действия:

- подача жалобы руководителю организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну;

- представление иска о возмещении морального вреда к той организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну

- либо подача заявления в отделение милиции или прокурору с требованием возбудить уголовное дело по факту разглашения сведений, составляющих врачебную тайну.

Статья 151 ГК РФ определяет, что, если вследствие разглашения врачебной тайны гражданину причинён моральный вред, то суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации такого вреда.

Помимо гражданско-правовой, законодательство устанавливает и уголовную ответственность за разглашение врачебной тайны. Статья 137 УК РФ, непосредственно касающаяся врачебной тайны, помещена законодателем в главу «Преступления против конституционных прав и свобод человека и

гражданина», что ещё раз подтверждает особую защиту врачебной тайны со стороны закона.

Гражданин вправе обратиться к прокурору с заявлением о возбуждении дела об административном правонарушении, предусмотренном в ст. 13.14 КоАП РФ.

Жалобы на те или иные правонарушения врачей поступают в различные инстанции постоянно. Руководители медицинских организаций не имеют права оставлять их без ответа.

Алгоритм разбора жалоб от граждан:

1) Жалоба подается в любую инстанцию (депутатам, президенту, министерство здравоохранения Российской Федерации и т.д.)

2) Все написанные жалобы направляются в Министерство Здравоохранения Краснодарского края.

3) В министерстве Здравоохранения Краснодарского края жалобы направляются к ответственным по работе с гражданами (подразделение «Медицина Кубани»)

4) Из отдела «Медицина Кубани» жалоба направляется в организационно-методический отдел Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника» (ККСП).

5) Из ККСП жалоба направляется в лечебное учреждение города Краснодара или любого другого муниципального образования на территории края, в котором произошел конфликт.

6) В лечебном учреждении производится расследование и пишется ответ на имя главного врача ГБУЗ «ККСП» (он же главный внештатный стоматолог края). Обязательно должен быть произведен при расследовании личный контакт с заявителем (в присутствии заявителя или по телефону) на момент разбора обращения.

7) В ГБУЗ «ККСП» главный внештатный стоматолог края также связывается с обратившимся.

8) На базе ответа от учреждения на которое была написана жалоба и информации полученной при беседе в ККСП составляется второй ответ, который отправляется в Министерство Здравоохранения Краснодарского края.

9) Если процесс лечения растянут во времени, то результаты проведенного лечения также пересылаются.

10) В Министерстве Здравоохранения КК на основе информации, полученной от главного внештатного стоматолога края пишется ответ заявителю.

Тема 3. Стоматология как субъект и объект права

Цель занятия: Рассмотреть документы, определяющие деятельность специалиста в стоматологии. Развить представления форм ответственности медицинских работников за совершенные правонарушения. Изучить особенности регулирования труда медицинских работников. Рассмотреть правовые основы оказания платных медицинских услуг.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Основные документы, определяющие деятельность специалиста. Личные документы, дающие право на занятия медицинской деятельностью.
2. Административная ответственность. Определение. Административные нарушения. Наказания за нарушения.
3. Дисциплинарная ответственность. Определение. Дисциплинарные нарушения. Наказания за нарушения.
4. Гражданско-правовая ответственность. Определение. Гражданско-правовые нарушения. Наказания за нарушения.
5. Понятие вреда здоровью. Виды вреда здоровью. Принципы компенсации вреда здоровью.
6. Уголовная ответственность. Обстоятельства, исключающие преступность деяния. Виды уголовных преступлений.
7. **Страхование ответственности медицинских работников.**
8. Правовые основы оказания платных медицинских услуг. Договор возмездного оказания услуг.
9. Гарантии в стоматологии. Гарантийный срок. Срок службы.
10. Принцип регресса (юридическое понятие) в стоматологических организациях.

Успехи медицинской науки привели, с одной стороны, к непомерному росту ожиданий, которые возлагает население на врача, а с другой – к значительному усложнению медицинских технологий. Участились случаи трудно предсказуемых аллергических реакций, симптомы заболеваний зачастую не носят явно выраженный характер, а само применение инструментальных методов диагностики порой представляет потенциальную опасность для здоровья пациента. Кроме того, возросла осведомленность пациентов о своих правах, повысилась их требовательность к соблюдению врачами положений медицинской и общечеловеческой этики.

Основные документы, определяющие деятельность специалиста:

НПА в сфере здравоохранения

НПА в сфере трудового права

Подзаконные акты (в т.ч. ведомственные) для конкретной специальности

Личные документы, дающие право для занятия медицинской (фармацевтической) деятельностью.

Личные документы, дающие право для занятия медицинской деятельностью:

Диплом высшего учебного медицинского или фармацевтического учреждения в РФ (либо других государств – после сдачи экзамена)

Врачебная клятва (ряд моральных обязательств), отмеченная штампом в дипломе

Специальное звание (врач-интерн, врач-стажер, врач-специалист)

Сертификат специалиста

Законы, определяющие права и ответственность мед. Работников

Кодекс об административных правонарушениях

Уголовный кодекс

О правах медицинских работников

О страховании профессиональной ответственности медицинских работников

О профессиональной медицинской этике (клятва врача)

Принятие нового Гражданского кодекса РФ, развитие законодательства о здравоохранении РФ, формирование судебной практики по делам о причинении вреда здоровью и жизни пациентов, обусловило появление четырех принципиально отличающихся форм ответственности медицинских работников за совершенные правонарушения:

- уголовная;
- гражданская (имущественная);
- административная;
- дисциплинарная.

Административное право регулирует общественные отношения в сфере государственного управления (в сфере исполнительной власти), что позволяет считать синонимом административного права термин «управленческое право».

Административная ответственность медицинского работника - это частный вариант юридической ответственности, наступающий в случае совершения правонарушений, предусмотренного административным законодательством.

Для медицинских работников наибольшее значение имеют административные правонарушения, посягающие на здоровье и санитарно-эпидемическое благополучие населения.

2. Административная ответственность распространяется как на физических, так и на юридических лиц, действующих в регулируемой правилами области, вне зависимости от формы собственности, ведомственной принадлежности.

3. Меры административной ответственности применяются специальными субъектами, уполномоченными рассматривать дела об административных правонарушениях.

4. Меры административной ответственности применяются в соответствии с особым процессуальным порядком - производством по делам об административной ответственности.

5. Административная ответственность непосредственно выражается в применении к лицам, совершающим правонарушение, административных наказаний.

Административными правонарушениями, предусмотренными Кодексом об административных правонарушениях и являющимися наиболее значимыми для сферы медицинской деятельности, являются:

- отказ в предоставлении гражданину информации (ст. 5.39);
- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством) (ст. 6.2);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3);
- осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии) (ст. 14.1);
- заведомо ложные показания свидетеля, пояснение специалиста, заключение эксперта или заведомо неправильный перевод (ст. 17.9).

Действующий КоАП определяет следующие виды административных наказаний (ст. 3.2.):

- 1) предупреждение;
- 2) административный штраф;
- 3) возмездное изъятие орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- 4) конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- 5) лишение специального права, предоставленного физическому лицу;
- 6) административный арест;
- 7) административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства;
- 8) дисквалификация;
- 9) административное приостановление деятельности.

Дисциплинарная ответственность медицинских работников наступает при нарушении требований трудового законодательства. Нормативно-правовую базу дисциплинарной ответственности медицинских работников составляют:

- *Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ* (с изменениями от 24, 25 июля 2002 г., 30 июня 2003 г., 27 апреля, 22 августа, 29 декабря 2004 г., 9 мая 2005 г., 30 июня, 18, 30 декабря 2006 г., 20 апреля, 21 июля, 1, 18 октября, 1 декабря 2007 г., 28 февраля, 22, 23 июля, 25, 30 декабря 2008 г., 7 мая 2009 г.) (ТК РФ);

Коллективный (трудовой) договор в конкретном учреждении здравоохранения.

Дисциплинарная ответственность медицинского работника - это частный вариант юридической ответственности, наступающей в случае нарушения медицинским работником трудовых обязанностей.

Важно определить, что именно относится к категории нарушений трудового законодательства РФ. Ответ на данный вопрос может быть получен при анализе прав и обязанностей медицинского работника перед работодателем.

Работник обязан:

- добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации;
- соблюдать трудовую дисциплину;
- выполнять установленные нормы труда;
- соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- бережно относиться к имуществу работодателя (в том числе к имуществу третьих лиц, находящемуся у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества) и других работников;
- незамедлительно сообщить работодателю либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества) (ст. 21 ТК РФ).

В этой связи за несоблюдение любой из перечисленных обязанностей медицинский работник может быть привлечен к дисциплинарной ответственности.

Противоправным является такое поведение (т.е. действие или бездействие) работника, которое не соответствует установленным правилам поведения. Например, опоздание на работу, прогул, появление на работе в состоянии опьянения. В равной мере противоправными являются отказ от исполнения законного распоряжения руководителя учреждения здравоохранения (работодателя), несоблюдение правил работы на соответствующем оборудовании, правил хранения сильнодействующих, ядовитых, наркотических средств и т.д.

Действующий Трудовой кодекс РФ в статье 350 предусматривает особенности регулирования труда медицинских работников. Для них устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени - не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников может быть еще короче. Данные положения сформулированы *Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой*

ими должности и (или) специальности» (с изменениями от 1 февраля 2005 г.), в котором установлены следующие варианты продолжительности рабочего времени отдельных категорий медицинских работников, в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности:

- 36 часов в неделю (например, врач и средний медицинский персонал инфекционной больницы);

- 33 часа в неделю (например, врач, проводящий исключительно амбулаторный прием);

- 30 часов в неделю (например, врач, работающий в противотуберкулезном учреждении здравоохранения);

Медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, продолжительность работы по совместительству в организациях здравоохранения может быть увеличена до 8 часов в день и 39 часов в неделю (*Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2002 г. № 813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа»*).

Законодатель выделяет **три** основных варианта дисциплинарных взысканий:

1.Замечание.

2.Выговор.

3.Увольнение по соответствующим основаниям.

Штрафов нет!

Следует привести законодательно определенные (статья 193 ТК РФ) **принципы наложения дисциплинарного взыскания применительно к сфере медицинской деятельности:**

1.До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме.

2.Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

3.Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

4.Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки - позднее двух лет со дня его совершения.

5.За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

6.Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания.

7. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственные инспекции труда или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не был подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то примененные к нему меры дисциплинарного характера считаются снятыми, а работник считается не имеющим дисциплинарного взыскания.

Для того, чтобы более ясно представлять понятие и принципы гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности, необходимо напомнить, что гражданское законодательство основывается на признании:

- равенства участников регулируемых отношений;
- неприкосновенности собственности;
- свободы договора;
- недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в частные дела;
- необходимости беспрепятственного осуществления гражданских прав;
- обеспечения восстановления нарушенных прав;
- судебной защиты нарушенных прав.

Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности - это частный вариант юридической ответственности, возникающий вследствие нарушения в области имущественных или личных неимущественных благ граждан в сфере здравоохранения и заключающийся, преимущественно, в необходимости возмещения вреда. К личным неимущественным благам граждан, имеющим самую непосредственную связь с медицинской деятельностью, относятся, прежде всего, жизнь и здоровье. По этой причине гражданско-правовая ответственность является своего рода средством обеспечения защиты личных неимущественных прав (жизнь и здоровье) пациентов в процессе оказания им медицинской помощи.

Раскрывая понятие и суть гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности, важно уяснить основные причины ее возникновения. Данный вид ответственности наступает при нарушении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, по причине чего нанесен вред здоровью пациента. Если в основе правонарушения лежит врачебное преступление, то привлечение медицинского работника к уголовной ответственности не препятствует возможности требования со стороны пациента или его законных представителей гражданско-правового возмещения вреда.

Современное законодательство определяет ***следующие условия наступления гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности:***

1. Противоправность действий медицинского персонала.
2. Причинение вреда пациенту.

3. Причинная связь между противоправным поведением медицинского персонала и причинением вреда.

4. Вина причинителя вреда.

Противоправность подразумевает наличие определенного отступления от правил (норм) оказания медицинской помощи и нарушение субъективного права пациента. Противоправность может выражаться как в действии, так и в бездействии.

Вред - это материальный ущерб, который выражается в уменьшении имущества потерпевшего пациента и (или) умалении его нематериального блага (жизнь, здоровье).

В качестве видов вреда, как результата противоправного действия медицинского работника следует отметить:

- физический (повреждение здоровья);
- имущественный (реальные потери, неполученные доходы, затраты на питание, лечение, уход и т.д.);
- моральный (физические и нравственные переживания пациента, пострадавшего в результате медицинского вмешательства).

В свою очередь, медицинское учреждение имеет право предъявить регрессный иск к непосредственному причинителю вреда - медицинскому работнику, совершившему правонарушение. *Регресс в сфере гражданско-правовой ответственности медицинских организаций* - это возможность медицинской организации, возместившей вред здоровью пациента, причиненный при оказании медицинской помощи, обратного требования с медицинского работника компенсации убытков, понесенных при выплате материального возмещения пациенту.

Моральный вред, причиненный пациенту при оказании медицинской помощи, не так давно применяется по «врачебным» судебным делам.

Физический вред здоровью определяется в соответствии с нормативными документами по организации судебно-медицинской службы. В настоящее время судебные медики ориентируются на Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (с изменениями от 30 декабря 2001 г. 5 февраля, 24 июля 2007 г., 28 июня 2009 г.) и Приказ Минздрава РФ от 24 апреля 2003 г. № 161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы».

Имущественный вред определяется в результате подсчетов утраченного заработка, расходов на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, посторонний уход и т.д. Иными словами - это все те расходы, которые у пациента возникли в связи с причинением ему вреда, а также все доходы, которые пострадавший мог бы определенно иметь. Все эти затраты и убытки должны быть подтверждены документально. К примеру, расходы на дополнительное питание определяются на основании справки медицинского учреждения о рационе дополнительного питания и справки о

ценах на продукты, сложившихся в той местности, в которой потерпевший понес эти расходы (п. 29 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 апреля 1994 г. № 3 «О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья»).

Прежде всего, необходимо знать *принципы компенсации морального вреда в сфере медицинской деятельности*. К ним относятся:

1. Действительное наличие нарушения или посягательства на личные неимущественные права (блага) пациентов.

2. Наличие вины в действиях (бездействии) медицинского работника (за исключением причинение вреда жизни и здоровью источником повышенной опасности).

3. Пациент сам должен представить доказательства физических и (или) нравственных страданий.

4. Моральный вред компенсируется независимо от возмещения причиненного имущественного вреда.

5. Законодательно не определены размеры компенсации морального вреда. Окончательное решение принимает суд, с учетом фактических обстоятельств причинения морального вреда, индивидуальных особенностей потерпевшего и других конкретных обстоятельств, свидетельствующих о тяжести перенесенных им страданий.

В соответствии с гражданским законодательством, действует принцип презумпции вины причинителя вреда при оказании медицинской помощи, поэтому отсутствие вины доказывается лицом, совершившим правонарушение.

При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежат утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санitarно курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Под профессиональным медицинским преступлением следует понимать умышленное или неосторожное деяние, совершенное медицинским работником при выполнении профессиональных обязанностей, запрещенное уголовным законодательством под угрозой наказания.

В деятельности медицинских работников умышленные преступления встречаются гораздо реже, чем неосторожные. Среди преступлений первой группы наиболее общественно опасным является неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ). В то же время среди неосторожных преступлений наиболее актуальными представляются «Причинение смерти по

неосторожности» (ст. 109 УК РФ) и «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» (ст. 118 УК РФ).

Обстоятельства, исключающие преступность деяния. С позиций медицинского права крайне важно ориентироваться в вопросах обстоятельств, исключающих преступность деяния. Среди прочих, отмеченных в главе 8 УК РФ, для изучения уголовно-правовой ответственности медицинских работников значимыми являются два:

- крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ);
- обоснованный риск (ст. 41 УК РФ).

В отношении **крайней необходимости** уголовный закон определяет следующее: не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами, и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Следует подчеркнуть, что в контексте **крайней необходимости** рассматриваются исключительные неотложные медицинские вмешательства, когда речь идет о жизни и смерти человека, когда «промедление смерти подобно». Другие варианты медицинских вмешательств (а их большинство), не являющиеся экстренными, при выполнении которых медицинский работник совершает преступление, не могут рассматриваться как основание, исключающее преступность совершенного деяния.

Обоснованный риск - еще одно основание, исключающее преступность в действиях медицинского работника. УК РФ в статье 41 указывает: преступлением не является причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

Классификация и виды преступлений, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности. Медицинского работника, с точки зрения уголовного права, следует рассматривать с двух позиций. Первая заключается в определении медицинского работника как общего субъекта совершения преступления. Вторая сводится к восприятию медицинского работника в качестве специального субъекта совершения преступления, связанного с наличием у него медицинского образования. Руководствуясь указанными особенностями, а также необходимостью исполнения медицинскими работниками определенных должностных обязанностей, все преступления, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, делятся на три группы:

I. Профессиональные медицинские преступления.

II. Должностные медицинские преступления.

III. Преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности на общих основаниях.

1. К первой группе относятся преступления, которые связаны с профессиональной деятельностью медицинских работников. К общественно опасным деяниям, связанным с медицинской деятельностью и запрещенным УК РФ под угрозой наказания относятся:

- Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2. ст. 109);

- Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 и ст. 118);

- Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120);

- Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122).;

- Незаконное производство аборта (ст. 123);

- Неоказание помощи больному (ст. 124);

- Незаконное помещение в психиатрический стационар, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 128);

- Нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 137);

- Подмена ребенка (ст. 153);

- Разглашение тайны усыновления (удочерения) (ст. 155);

- Незаконное производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов лицом с использованием своего служебного положения (ч. 3 ст. 228.1);

- Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228.2);

- Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 229);

- Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233);

- Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта (ст. 234);

- Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235);

- - Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236);

- Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 237);

- - Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (ст. 248).

II. Вторую группу преступлений составляют:

- Злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285);
- Превышение должностных полномочий (ст. 286);
- Получение взятки (ст. 290);
- Служебный подлог (ст. 292);
- Халатность (ст. 293).

III. Третью группу в представленной классификации составляют преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности на общих основаниях. К ним могут быть отнесены все те преступления, за которые медицинский работник привлекается к уголовной ответственности в качестве общего субъекта преступления, т.е. без учета его профессиональной принадлежности.

Важный аспект изучения неоказания помощи больному, в рамках медицинского права, - причины, которые можно разделить на уважительные (не влекущие юридической ответственности) и неуважительные. Судебно-следственные органы определяют причины в каждом конкретном случае неоказания помощи больному. Существует примерный перечень обстоятельств, которые могут быть приняты в качестве уважительных:

- болезнь самого медицинского работника;
- стихийное бедствие;
- занятость лечением другого, не менее тяжелого больного;
- отсутствие транспортного средства для выезда к далеко находящемуся больному;
- отсутствие необходимых лекарств, инструментов для оказания необходимой медицинской помощи.

Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан медицинские и фармацевтические работники имеют право на «страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей».

В случае причинения вреда между пострадавшим лицом (пациентом) и лицом, причинившим вред (медицинским работником), возникает особый вид гражданских отношений – деликтное обязательство, выражающееся в обязанности последнего загладить причиненный вред. В то же время правила гражданского оборота предполагают возможность страхования риска ответственности за причинение вреда, что позволяет фактически его избежать.

В настоящее время единственным реальным способом защиты медицинского работника остается добровольное страхование ответственности медицинского работника у коммерческого страховщика.

В настоящее время отсутствуют единые подходы к ценообразованию при оказании платных медицинских услуг. Одной из причин такого положения является недостаточное правовое обеспечение платной медицины. При всем многообразии существующих подходов основными

являются следующие **варианты расчета тарифов (цен) на платные медицинские услуги.**

Первый - затратный, когда стоимость платной медицинской услуги рассчитывается исходя из фактических затраченных средств на лечение конкретного пациента.

Второй - нормативный (стандартизированный), связанный с предварительным научно обоснованным расчетом стоимости той или иной процедуры, того или иного вмешательства.

В практике работы государственных и муниципальных медицинских учреждений чаще используется второй вариант расчета стоимости платных медицинских услуг.

В *Постановлении Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»* указано, что предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Тем самым нормативно определено обязательное требование оформления договоров при оказании платных медицинских услуг.

В частности, конкретным видом гражданско-правового договора, связанным с оказанием платной медицинской помощи, является **договор возмездного оказания услуг**, предусмотренный ст. 779 ГК РФ, в соответствии с которым «исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги». Факт упоминания во второй части данной статьи возможности применения настоящих правил к медицинским услугам дает основания считать обоснованным применение договора возмездного оказания услуг в сфере медицинской деятельности.

Договор на оказание платных медицинских услуг должен содержать следующие положения:

1. Наименование сторон - лечебное учреждение («Исполнитель») и нуждающийся в медицинской помощи человек («Пациент»).
2. Предмет договора - исполнение определенной медицинской услуги в определенный период времени.
3. Данные исходного состояния пациента: состояние пациента, основное и сопутствующие заболевания, ранее проводимые медицинские вмешательства, особенности реакции организма.
4. Права и обязанности сторон: а) исполнителя; б) пациента.
5. Стоимость лечения и порядок оплаты (из личных средств пациента, средств медицинского страхования, иной способ).
6. Ответственность сторон: а) исполнителя; б) пациента.
7. Срок действия, порядок изменения условий и расторжения договора.
8. Дополнительные условия.
9. Юридические адреса сторон.

Дефект оказания медицинской помощи - это ненадлежащее выполнение медицинского вмешательства, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу для здоровья и жизни пациента.

Необходимо заметить, что, согласно современным научным данным (Томилин В.В., Соседко Ю.И., 2000), наиболее существенными причинами дефектов в работе врачей являются:

- недостаточная квалификация медицинских работников - 24,7%;
- неполноценное обследование больных - 14,7%;
- невнимательное отношение к больному - 14,1%;
- недостатки в организации лечебного процесса - 13,8%;
- недооценка тяжести состояния больного - 2,6%.

Различают следующие **виды дефектов оказания медицинской помощи**:

- 1) *врачебные ошибки*;
- 2) *несчастные случаи*;
- 3) *профессиональные преступления*.

Врачебная ошибка - это дефект оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующийся добросовестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления. Из этого определения следует, что врачебная ошибка возникает при добросовестном отношении медицинских работников к своим обязанностям, когда нет причин подозревать наличие признаков состава преступления.

В обязательном порядке, во всех случаях оказания стоматологической помощи пациентам гарантируется:

- предоставление полной, достоверной и доступной по форме информации о состоянии здоровья пациентов (с учетом их права и желания получать таковую по доброй воле);
- проведение консультации и консилиума врачей;
- проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской помощи;
- учет показателей общего здоровья пациента при осуществлении диагностических, лечебных и профилактических мероприятий стоматологами всех специализаций;
- составление рекомендуемого (предлагаемого) плана лечения;
- использование методов и технологий лечения, применяемых в нашем лечебном учреждении;
- индивидуальный подбор анестетиков, что позволяет в максимальной степени исключить болевые ощущения, учитывая при этом возраст пациента, его аллергический статус, показатели общего здоровья и опыт лечения у стоматологов;

- безопасность лечения – обеспечивается комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий и использованием разрешенных к применению технологий и материалов;

- точная диагностика, достигаемая при наличии должного профессионального уровня специалистов, современных диагностических средств и данных дополнительных обследований;

- тщательное соблюдение технологий лечения, что предполагает высокопрофессиональную подготовку врачей, зубных техников и ассистентов, а также специальные средства контроля качества их работы;

- применение технологически безопасных, разрешенных Минздравом РФ материалов, не утративших сроков годности;

- проведение контрольных осмотров – по показаниям после сложного лечения или при необходимости упреждения нежелательных последствий;

- проведение бесплатных профилактических осмотров с частотой, определяемой врачом, но не реже, чем раз в пол года;

- динамический контроль процесса и результатов лечения (согласно рекомендациям СТАР - Стоматологической Ассоциации России);

- мероприятия по устранению или снижению степени осложнений, которые могут возникнуть в процессе или после лечения;

- определение риска повторения или обострения выявленных заболеваний;

- достижение показателей качества лечения и эстетических результатов (с учетом имеющихся в отечественной стоматологии стандартов, пожеланий пациента и объективных обстоятельств, выявленных врачом).

Гарантийный срок – это период бесплатного устранения доктором (клиникой) устранимых недостатков – мелких недоделок, выявленных после лечения и возникших не по вине пациента.

К устранимым недостаткам относят, например, подгонку пломбы по прикусу, дополнительную полировку разных поверхностей зуба, снятие чувствительности, корректировку цвета и формы восстановленного зуба, подшлифовку ложа съемного зубного протеза и др.

Срок службы – это период, в течение которого исполнитель обязуется обеспечивать пациенту возможность использования результата услуги по назначению и нести ответственность за существенные недостатки возникших после лечения не по вине пациента (пломба выпала, протез – сломался и т.п.).

На отдельные виды стоматологических работ (услуг) ввиду их специфики установить гарантийные сроки и сроки службы не представляется возможным:

- обработка и пломбирование корневых каналов;
- профессиональная гигиеническая чистка полости рта;
- временная пломба;
- некоторые виды ортодонтического лечения;
- хирургические операции (резекция верхушки корня, удаление зуба, постановка зубного имплантата и др.);

- лечение воспаления десны и окружающих зуб тканей;
- отбеливание зубов.

Гарантийный срок на каждую выполненную услугу фиксируются в едином гарантийном талоне, который выдается пациенту и в котором расписывается врач (каждый врач). Копия гарантийного талона, подписанная пациентом, хранится в его медицинской документации.

Медицина трудно поддается четкому регулированию и строгому соблюдению установленных норм, что осложняет страхование профессиональной ответственности врачей. В Российской Федерации осуществляется добровольное страхование ответственности врачей, обязательное страхование – не предусмотрено, что связано прежде всего с отсутствием законодательно установленных стандартов лечения. Термин «врачебная ошибка» употребляется лишь в медицинской литературе и практике. В Уголовном кодексе этот термин отсутствует. В Гражданском кодексе есть понятие «ответственность за причинение вреда». Во многих развитых странах введена комплексная оценка адекватности оказания медицинской помощи пациенту по совокупности критериев, объединенных в понятие «стандарты лечения». В США, Англии, Германии, Финляндии, Австралии приняты «стандарты лечения» и существует обязательное страхование профессиональной ответственности врачей.

Предпосылки введения обязательного страхования профессиональной ответственности врачей в РФ. Увеличение претензий к медицинским работникам со стороны пациентов в среднем на 10-20% ежегодно. Наиболее часто предъявляются претензии к анестезиологам и хирургам, акушерам-гинекологами, терапевтам, врачам и фельдшерам станций скорой медицинской помощи, стоматологам и косметологам. Развитие платных медицинских услуг. Разработка и введение системы стандартов лечения. Совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы, перенос отношений врача и пациента в правовое поле.

Проблемы, сдерживающие развитие добровольного страхования профессиональной ответственности медицинских работников в России. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников недоступно медицинским учреждениям с бюджетным финансированием ввиду отсутствия средств. Хозрасчетные медицинские учреждения производят уплату страховых взносов из чистой прибыли после уплаты налога на прибыль. Юридические и организационные проблемы. Длительность судебных разбирательств истца с виновным в причинении вреда лицом с целью получения компенсации. Ущерб, причиненный жизни и здоровью граждан (включая моральный вред), в соответствии с законодательством взыскивается с ответчика в первоочередном порядке, при этом не принимается во внимание материальное положение должника, наличие денежных средств, предусмотренных в бюджете медицинского учреждения на эти цели. Высокие судебные расходы. Государственные медицинские учреждения вынуждены снимать деньги для судебных выплат с

различных статей бюджета: медикаменты, питание и т.п., что объективно приводит к ухудшению материального положения медицинских учреждений и ставит их в затруднительное положение при исполнении судебных решений. Все эти моменты делают положение как потребителей медицинских услуг, так и медицинских работников уязвимым и подчеркивают настоятельную необходимость введения обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Преимущества введения обязательного страхования ответственности медицинских работников. Введение обязательного страхования профессиональной ответственности позволит: обеспечить гарантии выплаты, возмещения вреда в случае его причинения; уменьшить убытки медицинских организаций, обусловленные возмещением вреда; снизить риск банкротства и ликвидации медицинских организаций, когда такой риск обусловлен невозможностью погашения задолженности из-за отсутствия денежных средств; снизить объем убытков у государства (казны, бюджета), на которое в ряде случаев может быть возложена как на собственника ответственность по долям созданных им учреждений и организаций; Повысить качество оказываемых услуг. При этом: достигается упрощение процедуры компенсации ущерба пациенту за причиненный вред в результате врачебной ошибки медицинские учреждения перекладывают организационные и финансовые проблемы, связанные с урегулированием исков пациентов, на плечи страховых компаний, получая при этом квалифицированную юридическую защиту. Страхование профессиональной ответственности врачей - это ведущий компонент профессиональной защиты и поддержки специалистов и повышения качества медицинских услуг за счет достижения гарантированных стандартов качества медицинской помощи

Понятие **регресса в стоматологической организации** установлено Гражданским кодексом Российской Федерации. Согласно статье 1081 ГК РФ лицо, возместившее вред пациенту (медицинская организация, стоматологическая клиника, поликлиника), причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей, т.е. врачом-стоматологом), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу (врачу-стоматологу) в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом.

Но в отношении работников (в т.ч. медицинских), то есть физических лиц, работающих по трудовому договору у работодателя, законодательством как раз и установлен иной размер возмещения, а именно: в пределах материальной ответственности в соответствии со статьей 241 и другими положениями Трудового кодекса Российской Федерации (далее — ТК РФ).

Таким образом, вопросы возмещения медицинским работником ущерба, причиненного медицинской организацией, регулируются не гражданским, а трудовым законодательством. Пределы материальной ответственности прописаны в трудовом договоре.

Трудовой кодекс РФ предусматривает два основных вида материальной ответственности работников: ограниченную и полную. При ограниченной материальной ответственности работники возмещают ущерб в заранее установленных пределах. Как правило, таким пределом является средний месячный заработок. При полной материальной ответственности ущерб подлежит возмещению в полном объеме без каких-либо ограничений.

Тема 4. Экспертиза качества в стоматологии. Ведомственная экспертиза

Цель занятия: Повторить понятия «качество», «контроль качества». Сформировать представление о стандартизации оказания медицинской услуги. Развить представления о процедуре экспертизы качества медицинской помощи. Изучить методику учета труда врачей стоматологического профиля и зубных техников.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Качество - определение. Качество Медицинской Помощи – определение.
2. Три аспекта качества и их характеристика.
3. Применение стандартов для оценки КМП, их плюсы и минусы.
4. Количественные и качественные показатели КМП.
5. Нормативно-правовая база обеспечения КМП.
6. Понятие ведомственного контроля качества, элементы.
7. Порядок проведения ведомственного контроля? Основные ступени экспертизы.
8. Клинико-экспертная комиссия - определение, функции.
9. Нормирование и учет труда врачей-стоматологов.

Социальные и экономические реформы последних лет, медицинское страхование, договорные отношения между субъектами медицинского страхования обострили проблему обеспечения гарантий качественной и безопасной медицинской помощи, проблему противоречия между накопленным в здравоохранении потенциалом и эффективностью его использования.

При обеспечении качества стоматологической помощи необходимо учитывать множество параметров - это санитарно-эпидемические, гигиенические нормы и правила, технику безопасности и охране труда, требования к пожарной безопасности, профессиональные качества докторов, финансовые возможности клиники. Особое значение отводится эргономическим показателям работы врачей-стоматологов, функции врачебной должности, данные вопросы детально освещены в законодательных документах и нормативных актах.

Правительство РФ в статье 87 ФЗ № 323 установило 3 формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

1. ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности-осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ в отношении подведомственных им органов и организаций;

2. государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями;

3. внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

На практике можно выделить также **четвертую форму** контроля качества и безопасности медицинской деятельности – **вневедомственную** (упомянута в ч. 2 ст. 87 ФЗ № 323 в качестве одного из путей реализации контроля качества и безопасности медицинской деятельности).

В этой теме речь пойдет о ведомственном и внутреннем контроле качества.

Следующая будет посвящена государственному контролю и вневедомственной экспертизе.

Определение насколько качественно или некачественно была оказана помощь пациенту - очень актуально сейчас. Потому что каждая четвертая медицинская карта больного может служить основанием для предъявления претензий страховой медицинской организацией (в некоторых случаях - основанием для подачи искового заявления). Результаты системного анализа экспертизы качества медицинской помощи позволяют выявить недостатки в лечебно-диагностическом процессе и наметить мероприятия по их снижению или устранению, что позволит медицинским организациям, не только качественно лечить пациентов, но и избежать трат на адвокатов и другие судебные расходы.

Обеспечение высокого качества стоматологической помощи (КСП) всегда рассматривалось медицинской общественностью как одна из наиболее приоритетных задач стоматологической службы. Ее решение при массовой заболеваемости населения и значительной стоимости стоматологических услуг приобретает высокую значимость.

Для уточнения современного состояния проблемы, определения перспективных направлений научных исследований и практических действий многие исследователи пытались конкретизировать элементы КСП. На сегодня существуют более 800 определений качества. В общем плане принято считать, что **качество** - это свойство товара или услуги (в том числе и медицинской помощи как социально-экономической категории) удовлетворять спрос потребителей (в здравоохранении - пациентов). Однако такое общее

определение еще не дает инструмента для оценки качества медицинской помощи (КМП).

Согласно международным стандартам ИСО 8402 и национальным стандартам ГОСТ 15467 «**Качество** - это совокупность свойств и характеристик продукции или услуги, которые определяют их способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования».

Медицинская помощь - это деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством. При этом медицинская помощь включает в себя определенную совокупность медицинских услуг.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям (состоянию) пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Система качества - сочетание ресурсов, организационной структуры и методик, которые необходимы для достижения качества.

Качество медицинской помощи может быть определено рядом объективных, так называемых **качественных и количественных** показателей медицинской помощи. Современное состояние медицинской науки и практики, исходя из этого, дает возможность измерить КМП числовыми величинами.

КПМ является характеристикой, отражающей степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения их профессиональных стандартов. В этом определении «медицинские технологии» представляют собой совокупность выполнения диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических и иных мероприятий, необходимых для достижения конкретных результатов, а термин «профессиональные стандарты» обозначает правила выполнения конкретных мероприятий, входящих в ту или иную технологию.

В конечном итоге качество оказания медицинской помощи отражает весь спектр взаимодействия пациента и врача, какие бы невероятные на первый взгляд, формы это ни приобретало.

Триада Донабедиана

Согласно концепции ВОЗ различают **три аспекта качества** (предложены Аведисом Донабедианом):

- 1) качество структуры (оснащенность, обеспеченность),
- 2) качество процесса (медицинской помощи),
- 3) качество результата (исходов медицинской помощи по оценкам компетентности специалистов, инфраструктуры учреждения).

Осуществляемые меры по контролю за качеством медицинской помощи следует рассматривать также из трех компонентов: качество структуры, качество процесса, качество результатов.

Структурный подход предполагает лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы медицинских организаций: кадров,

оборудования и медицинской техники, материально-технического обеспечения условий для пребывания больных и работы медицинского персонала (архитектурно-планировочные решения и состояние помещений). Объективизации данного подхода будет способствовать разработка стандартов. Как показывает мировая практика, результатами внедрения стандартов являются улучшение качества медицинской помощи и снижение расходов на лечение больных.

Качество структуры позволяет определить потенциальные возможности имеющихся ресурсов конкретного медицинского субъекта для выполнения поставленных перед ним целей по оказанию медицинской помощи. Этот подход основан на предположении, что совершенная структура ресурсов и уровень их развития создает реальные возможности для соблюдения необходимой медицинской технологии, что обеспечивает высокую вероятность получения хороших результатов и гарантирует потребителям медицинских услуг определенное качество диагностики, лечения и реабилитации.

Наиболее значимым аспектом структурного анализа считается аттестация кадров, целью которой является определение компетентности специалиста для работы на данном рабочем месте и определение его квалификационного уровня. Аттестация, как правило, направлена на определение объема теоретических знаний и практических навыков врача. А.В. Алимский (1997) подчеркивает, что настоящее время, в эпоху рыночных отношений, особенно остро встали проблемы непрерывного образования врачей-стоматологов. Аттестация врачей-стоматологов решает общие для структурного подхода задачи, а именно, она позволяет определить потенциальные возможности врачей для оказания стоматологической помощи надлежащего качества.

По мнению отдельных авторов, квалификационные требования в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) должны учитывать и деонтологические аспекты деятельности врачей, удовлетворенность пациентов, получавших медицинскую помощь у того или иного специалиста, определяемую путем опросов пациентов.

Основным элементом *процессуального* подхода системы качества стоматологической помощи является стандартизация диагностического, лечебно-профилактического процессов и реабилитационных мероприятий.

Оценка действий врача при оказании медицинской помощи больному в большинстве случаев основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий со стандартами медицинских технологий. Стандарты оказания медицинской помощи должны разрабатываться с учетом общих правил стандартизации и представлять собой перечень обязательных диагностических, лечебных действий врача при различных нозологических формах заболеваний на определенном этапе медицинской помощи.

Основным методом в рамках процессуального подхода оценки качества стоматологической помощи (КСП) является **метод экспертной оценки** при

непосредственном наблюдении за лечебно-диагностическим процессом и ретроспективная оценка первичной документации. Сознавая все недостатки такого источника медицинской информации, как «Медицинская карта стоматологического больного» (Уч. ф. 043) или «Медицинская карта амбулаторного больного» (Уч. ф. 025), тем не менее, никто пока не может предложить другого более эффективного и объективного метода оценки КСП (качества стоматологической помощи).

Логическим завершением оценки системы качества стоматологической помощи является *оценка по результатам*. Данный подход основывается на оценке степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи.

Экспертиза КМП (качества медицинской помощи) единичного случая лечения - это исследование качества выполнения медицинских технологий, адекватности использования имеющихся ресурсов (эффективности лечения), степени риска возникновения травмы или заболевания в результате медицинского вмешательства и удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием с вынесением мотивированного заключения. Экспертиза КМП в первую очередь направлена на защиту интересов потребителей медицинских услуг и одновременно является важным инструментом защиты профессионалов - производителей медицинских услуг от необоснованных претензий потребителей.

Ряд ученых занимались методикой анализа и разработкой количественных и качественных показателей ЛПУ, которые можно применять при оценке результатов оказания медицинской помощи. Выделяют следующие показатели:

- число посещений, приходящихся на лечение одного зуба
- количество пломб, наложенных одним врачом в смену
- среднее число больных на одного врача в день
- отношение числа запломбированных зубов с не осложненным кариесом к числу запломбированных зубов с осложненным кариесом
- отношение числа вылеченных зубов к числу удаленных
- количество условных единиц *трудоемкости* (не труда!) - УЕТ, выработанных врачом-стоматологом.

Т. Ф. Виноградова и другие авторы в своих исследованиях дополнительно к вышеназванным показателям учитывали нуждаемость в санации полости рта, прирост интенсивности кариеса, изменение гигиенического состояния полости рта.

Некоторые авторы предлагают при оценке конечных результатов стоматологической службы использовать критерии эффективности и доступности:

- рост числа первичных больных
- снижение повторных посещений в общей структуре посещений
- снижение случаев осложнений кариеса в структуре обращения за стоматологической помощью

- снижение количества удаленных зубов
- объем планово-профилактических мероприятий в структуре стоматологической помощи.

Поэтому *основным методом в рамках оценки качества результата* является определение качественных и количественных показателей. Которые можно применить к конкретному больному, медицинскому учреждению и в целом ко всему населению.

Экспертные методы основаны на сопоставлении реальных действий врача, оказывающего стоматологическую помощь, с мнением эксперта о том, какой она должна быть. Последнее формируется с учетом существующих алгоритмов, стандартов медицинских технологий, методических рекомендаций, гайдлайнов, современных представлений об оптимальном объеме медицинской помощи при данном заболевании с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи.

Согласно опубликованным данным, в ходе экспертизы КМП определяется ряд вопросов следующего характера:

- причины недостаточной эффективности медицинской помощи
- связь дефектов в ее оказании с негативными результатами лечения
- результаты использования ресурсов медицины в отношении конкретного пациента
- причины неудовлетворенности пациента медицинским обслуживанием.

Также проводится **балльная** оценка врачебного процесса, который делится на блоки: 1-сбор анамнеза, 2-постановка диагноза, 3-эффективность лечения, 4-преимственность, 5-выявление дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок.

Ряд ученых считают, что проблему гарантий качества целесообразно рассматривать с точки зрения соответствующей объективизации оценки результатов лечения. Наиболее объективными могут стать гарантии качества лечения, основанные на комплексной оценке всех слагаемых его элементов (то есть оценки структуры, самого процесса лечения и достигнутых результатов).

Первый такой элемент всецело определяется правильностью выбора метода лечения. При этом гарантия качества зависит от точного и всестороннего обследования пациента при установлении диагноза и выбора метода лечения, требуемой конструкции и материала для изготавливаемой стоматологической продукции, а также способа обработки зубов и зубного ряда, замещения дефектов.

Второй элемент, лежащий в основе гарантии качества лечения, зависит от строго соблюдения профессиональных стандартов обработки зубов и зубных рядов, подготовки зубов для изготовления пломб, протезов и ортодонтических аппаратов, используемых как с лечебными целями, так и для замещения дефектов.

Третий элемент гарантии требует соблюдения профессиональных стандартов в процессе изготовления и постановки стоматологического изделия.

Четвертый элемент зависит от соблюдения пациентом правил гигиены, профилактики и ухода за полостью рта, а также качества изготовленных стоматологических изделий.

Проблемы стандартизации

Отношение авторов к разработке и использованию стандартов для оценки КМП неоднозначно. По мнению В. В. Михайлова, медицинский стандарт является единственным документом, с помощью которого можно решать вопросы, связанные с состоянием КМП. По мнению А. Л. Линденбрата, использование стандартов ведения больных или «медико-экономических стандартов» для оценки КМП методически некорректно, поскольку они отражают усредненные объемы медицинской помощи, оказанной той или иной группе больных, и не учитывают самые разнообразные факторы, влияющие на выбор медицинских технологий в отношении конкретного больного.

В. Т. Шестаков в целях обоснования методологии формирования стандартов по стоматологии и организации стоматологической службы предлагает выделить следующие основные группы социальных факторов:

1. определяющие необходимость развития стандартизации в стоматологии.
2. обеспечивающие условия для целесообразности определения более четкой регламентации социальных отношений.
3. установление обязательного обеспечения единых профессиональных требований на федеральном уровне ко всем видам и формам подготовки кадров в условиях медицинского страхования и рынка медицинской помощи, условий к выполнению законодательного требования положения статьи 21 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ»
4. факторы, стимулирующие государственные органы власти, население, а также всех юридических лиц, имеющих отношение к охране здоровья, формированию социального поведения, адекватному новым требованиям охраны здоровья, оказания и получения помощи.

Среди экономических проблем стандартизации в стоматологии В. Т. Шестаков считает целесообразным выделить следующие, определяющие обоснование исходных положений методологии построения профессиональных стандартов:

- уровень развития производительных сил и науки как в обществе в целом, так и в здравоохранении и стоматологии в частности;
- валовой национальный продукт, бюджет здравоохранения и стоматологической службы, платежеспособность населения и связанные с этими факторами возможности финансирования помощи;
- состояние хозяйственных отношений стоматологических учреждений с юридическими и физическими лицами, финансирующими помощь;

- формирование новых методологических подходов к расчетам себестоимости, к ценообразованию и тарифам;
- адекватность экономических оценок к требованиям новых технологий;
- оценка временной утраты трудоспособности пациента адекватно тяжести заболевания, сопутствующей патологии, критериям качества лечения и гарантиям данного качества;
- снижение затрат рабочего времени врача на формирование документации за счет компьютеризации процесса с формированием файла «Стандарты» и «Профессиональные стандарты»;
- оценка экономической эффективности деятельности врачей и учреждений стоматологического профиля.

Ведомственный контроль

Ведомственный контроль осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее - органы исполнительной власти) в подведомственных им органах (далее - подведомственные органы) и организациях, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность (далее - подведомственные организации). В качестве примера можно привести Департамент здравоохранения города Москвы, который организует ведомственный контроль в отношении подведомственных ему медицинских организаций. Или Министерство здравоохранения Краснодарского края, которое также проверяет подведомственные ему медицинские организации.

Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности установлен Минздравом России на основании [Приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»](#) (далее – Приказ № 1340н).

Согласно нему, ведомственный контроль проводится, чтобы:

- 1) Предупредить, выявить и пресечь нарушения требований к обеспечению качества, которые прописаны в законах РФ.
- 2) Принять меры по устранению последствий выявленных нарушений.
- 3) Обеспечить качественную медицинскую помощь.
- 4) Определить показатели качества деятельности подведомственных органов и организаций.
- 5) Соблюдались объемы, сроки и условия оказания медицинской помощи.
- 6) Создать систему оценки деятельности медицинских работников.

Применительно к стоматологической практике **объектом контроля** является стоматологическая помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов.

В системе ведомственного контроля качества стоматологической помощи можно выделить следующие элементы:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов стоматологических клиник;
- экспертиза процесса оказания стоматологической помощи конкретным пациентам;
- изучение удовлетворенности пациентов их взаимодействием с системой здравоохранения;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность стоматологической помощи;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности стоматологической помощи;
- подготовка рекомендаций для руководителей клиник и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности стоматологической помощи;
- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- контроль за реализацией управленческих решений.

Ведомственный контроль качества стоматологической помощи должен осуществляться **экспертным** путем должностными лицами клиник, клинично-экспертными комиссиями (КЭК) и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней управления здравоохранением. При необходимости для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники вузов, научных центров, научно-исследовательских институтов и других учреждений на договорной основе.

Экспертному контролю в обязательном порядке подлежат случаи:

- летальных исходов;
- внутриклинического инфицирования и осложнений;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- временной нетрудоспособности;
- при расхождении диагнозов;
- сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников.

На **каждый** случай экспертной оценки заполняется специальный документ «**Карта оценки качества**». В результате статистической обработки этих карт рассчитываются показатели, характеризующие качество и эффективность стоматологической помощи. Эта информация доводится до сведения руководителя клиники и становится предметом обсуждения среди сотрудников.

Ведомственный контроль качества стоматологической помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям стоматологических услуг. Его результаты используются для дифференцированной **оплаты труда** сотрудников клиники.

Ведомственный контроль осуществляется посредством проведения **плановых и внеплановых документальных** и (или) выездных проверок. Плановые проводятся не чаще чем 1 раз в год (уведомление о проверке посылается за 3 рабочих дня). Внеплановые проверки (уведомление о начале приходит не менее чем за 24 часа или в некоторых случаях без уведомления) проводят в случае поступления обращений от граждан, когда надо проконтролировать выданные ранее предписания, проверки представленной статистической отчетности, на основании требования прокурора, когда деятельность медицинской организации не соответствует целевым показателям, когда не выполняются объемы государственного задания на оказание медицинской помощи.

При проверке особое внимание уделяется вопросу соблюдения (или несоблюдения) **порядков и стандартов оказания медицинской помощи**.

Например, экспертиза качества медицинской помощи в рамках осуществления ведомственного контроля в Краснодарском крае проводится должностными лицами министерства здравоохранения Краснодарского края и привлеченными учеными и специалистами.

Уровни внутреннего и ведомственного контроля

Уровни контроля качества медицинской помощи – ведомственный и внутренний, могут быть условно объединены.

В таком случае выделяется **5 последовательных подуровней системы контроля**.

1. На этом уровне контроль осуществляет руководитель подразделения (например, заведующий хирургического отделения).

2. На втором уровне контрольные полномочия осуществляет заместитель главного врача.

3. На третьем уровне функции контроля исполняет комиссия врачей организации.

4. На четвертом уровне ошибки при оказании медпомощи выявляют городские и районные органы управления здравоохранением.

5. Последний уровень – сфера контрольных полномочий регионального Минздрава или департамента здравоохранения области. ([Источник](#))

При этом не стоит игнорировать самый главный уровень контроля качества медицинской помощи – **самоконтроль** медперсонала при исполнении своих должностных полномочий. Если на этом уровне у врачей будет присутствовать реальная мотивация к добросовестному исполнению своих обязанностей, совершенствованию своего труда, то большинства врачебных ошибок возможно избежать.

Первый уровень контроля качества медпомощи

Контроль качества медицинских услуг проводится заведующим отделением в ходе непосредственного наблюдения за больным при его лечении или диспансеризации.

Заведующий может проводить личные осмотры больных, знакомиться с медицинской документацией пациентов, выезжать к пациентам на дом с целью оценки состояния их здоровья.

При этом заведующий должен стремиться к тому, чтобы охватывать в рамках контроля большую часть наблюдаемых и прикрепленных к поликлинике пациентов.

Заведующий стационара контролирует работу врачей, которые занимаются лечением больных, периодически изучая заполненные ими истории болезни. Также он совершает обходы с целью осмотра пациентов лично. Контроль качества медицинской помощи руководителя стационара должен охватывать всех пациентов, это позволяет своевременно внедрять корректировочные мероприятия при существовании предпосылок совершения дефектов медпомощи. Если это необходимо, по выборочным случаям оконченного лечения в стационаре производится экспертиза качества медицинской помощи.

Особое внимание уделяется случаям: повторной госпитализации пациентов в течение одного года, если они помещались в стационар по одному и тому же поводу; слишком короткое или слишком длительное нахождение пациента в стационаре.

По итогам фиксации результатов таких экспертиз ежегодно формируется сводная информация с перечислением ошибок и дефектов, которые были выявлены заведующим отделением.

Второй уровень

Он проводится заместителем главного врача, имеет следующие отличительные черты.

Средства контроля: изучение медкарт и иной документации больных; проведение врачебных осмотров; организация обходов отделений; участие заместителя в комиссиях врачей. Объем случаев, которые изучает заместитель главврача меньше, чем на первом уровне, и составляет не менее 30% случаев оказания медпомощи в месяц.

По результатам ежемесячного мониторинга, а также экспертных проверок, заместитель готовит сводную аналитическую информацию, в которую включаются и данные, полученные от руководителей отделений. Такая аналитика представляется главному врачу раз в квартал, полугодие и ежегодно.

Третий уровень

Качество медицинской помощи и организация его контроля также входит в сферу полномочий врачебной комиссии медучреждения.

Врачебная комиссия – полноценный контрольный орган, деятельность которого организуется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ № 502н от 05.05.2012 года.

Время и периодичность заседаний такой комиссии или ее подкомиссии, отвечающей за контроль качества мед помощи, определяется внутренней документацией медучреждения. Комиссия врачей ведет свою учетно-

отчетную документацию по результатам контроля. В частности, результаты проверок отражаются в журнале клинико-экспертной работы, форма которого является унифицированной.

Порядок контроля качества медицинской помощи в медучреждении предполагает подготовку сводной месячной, квартальной, полугодовой и ежегодной отчетности, в которой подводятся итоги проведенных проверок. За подготовку этой информации отвечает председатель врачебной комиссии.

Четвертый уровень

Городские и районные органы управления здравоохранением ведут свою контрольную деятельность на 4-м уровне. В рамках этого контроля изучается аналитическая информация, которая направляется в надзорные органы по итогам предыдущих трех уровней контроля. Контроль качества медицинской помощи на этом уровне решает следующие задачи: проанализировать деятельность медучреждений на подведомственной территории (город, район, сельское поселение и т.д.); внедрить новые медицинские технологии в медицинскую деятельность, усовершенствовать имеющиеся; выявить существенные недостатки и дефекты лечебно-диагностического, которые могут быть связаны с неправильным применением медицинских технологий; оценить работу подчиненных медорганизаций; принять конкретные меры для устранения нарушений, в рамках совместной работы с медучреждениями оценить их эффективность. Оценка оказываемой медицинской помощи на этом уровне позволяет применить санкции к медучреждениям, наиболее часто нарушающим медицинские стандарты и порядки, а также принять действенные меры по улучшению качества медпомощи на муниципальном уровне.

Пятый уровень

На пятом уровне контроль качества оказания медицинской помощи осуществляют региональные органы власти в сфере здравоохранения. Основой для работы является информация, которая получена от вышерассмотренных субъектов внутреннего и ведомственного контроля. Также изучаются жалобы пациентов и их родственников, социологическая информация, данные проведенных ведомственных проверок. В работе участвует назначенный специалист отдела по управлению качеством медицинской помощи органа управления здравоохранением региона. Он оперативно реагирует на данные мониторинга, оказывает всестороннюю методическую поддержку подведомственным медучреждениям городов, районов, сельских поселений и т.д.

Источник

Учет труда врачей-стоматологов

Система учета труда врачей-стоматологов, основанная на измерении объема их работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ) была предложена в 1922 г.

Министром здравоохранения РФ Ю. Л. Шевченко, директором Федерального фонда обязательного медицинского страхования А. М.

Тарасовым по соглашению с заместителем Министра финансов РФ Т. А. Голиковой одобрены «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи», в которых в приложении 1 представлен «Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных у условных единиц трудоемкости (УЕТ)»

Данный классификатор представляет определенный интерес и может быть использован в практике стоматологических организаций при нормировании и учете труда врачей-стоматологов».

В примечаниях к Постановлению Правительства РФ от 24.07.2001 г. №550 разъясняется:

I. Учет труда врачей стоматологического профиля и зубных техников проводится по условным единицам *трудоемкости* (УЕТ).

II. За 1 УЕТ на терапевтическом, хирургическом приеме принят объем работы врача, необходимый для лечения среднего кариеса (I класс по Блэку), завершено наложением пломбы из цемента. Врач при шестидневной рабочей неделе должен выполнить 21 УЕТ в смену, при пятидневной - 25 УЕТ в смену.

III. На ортодонтическом приеме за 1 УЕТ принят объем работы врача, на выполнение которого требуется 15,7 мин. При этом, врач-ортодонт при шестидневной рабочей неделе должен выполнить 21 УЕТ в смену, при пятидневной - 25 УЕТ в смену.

IV. На ортопедическом приеме за 1 УЕТ принят объем работы врача, необходимый при изготовлении одной металлической коронки (штампованной). При изготовлении зубных протезов из драгоценных металлов применяется по всем видам работ повышающий коэффициент - 1.3.

V. Для зуботехнических работ за 1 УЕТ принят объем работы зубного техника, необходимый при изготовлении одной коронки металлической (штампованной).

Некоторые показатели работы врача-стоматолога терапевта, по которым можно судить о качестве его работы:

1. среднее число больных на врача в смену, из них первичных
2. среднее число выработанных врачом УЕТ в смену
3. кратность посещений на одно обращение
4. среднее число санированных на врача в смену
5. кратность посещений на одну санацию
6. соотношение вылеченного неосвоенного кариеса к осложненному
7. средние сроки сохранности наложенных пломб

Некоторые показатели работы врача-стоматолога хирурга на амбулаторном приеме, по которым можно судить о качестве его работы:

1. среднее число посещений на врача в смену, из них первичных
2. среднее число УЕТ

3. среднее число оперативных вмешательств на 100 первично обратившихся больных

4. количество удалений зубов в день

5. осложнения в %

6. своевременная госпитализация (не позднее 24 часов) при показаниях

7. отсутствие осложнений после удаления зубов

Некоторые показатели работы врача-ортодонта:

1. принято больных в день

2. выполнение плана УЕТ (в %)

3. количество пациентов, взятых на лечение (в год)

4. изготовление аппаратов (в год) на одного врача

5. количество ортодонтических аппаратов на одну аномалию

6. количество консультаций (в год) на одного врача

7. число детей, взятых на лечение из числа диспансерных на 1000 детского населения

8. средняя кратность посещений врача одним больным на курс лечения

Некоторые показатели работы врача-стоматолога ортопеда:

1. удельный вес починок съемных протезов к общему числу съемных протезов, изготовленных в учреждении за определенный период времени

2. применение индивидуальных ложек при изготовлении съемных протезов

3. средние сроки изготовления зубных протезов

4. среднее число лиц, получивших протезы на врача в месяц

5. среднее число посещений на одного больного для получения протеза

6. удельный вес бюгельных протезов к частичным съемным

7. выполнение финансового плана

8. число переделок зубных протезов

Внутренний контроль качества

Внутреннему контролю посвящена ст. 90 ФЗ № 323-ФЗ, по которой эта форма контроля осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

В настоящее время не существует каких-либо федеральных нормативных правовых актов, определяющих порядок осуществления Внутреннего контроля. Но можно выделить некоторые акты на региональном уровне.

Отсутствие федеральных НПА, не означает что наличие внутреннего контроля необязательно. Наоборот, наличие такого контроля - обязательное требование к соискателю лицензии на осуществление медицинской деятельности для государственной медицинской организации, муниципальной и частной.

Порядки организации и проведения внутреннего контроля должны разрабатываться руководителями медицинских организаций.

Согласно приказу №381н от 7 июня 2019 "Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности", такой контроль может проводиться Комиссией или Уполномоченным лицом. Руководитель утверждает план проверок, которые должны проходить не реже 1 раза в квартал.

При наличии отрицательной динамики статистических данных, при поступлении жалоб от граждан, в случае летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством, проводится внеплановая проверка.

По результатам плановых и внеплановых проверок составляется отчет, который включает мероприятия по устранению выявленных нарушений. Затем, не реже 1 раза в полугодие составляется сводный отчет о проверках. Информация в отчетах доводится до сведения сотрудников на совещаниях, конференциях, клинических разборах и других мероприятиях.

Тема 5. Оценка качества оказания медицинской помощи. Вневедомственный контроль.

Цель занятия: Рассмотреть понятие «вневедомственного контроля качества». Сформировать представление о компетенциях страховой медицинской организации. Развить представления о внештатной медицинской экспертизе. Изучить возможности разрешения конфликтные ситуации при проведении учета труда врачей стоматологического профиля и зубных техников.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Определение вневедомственной экспертизы. Субъекты экспертизы.
2. Направления и виды вневедомственного контроля.
3. Лицензирование медицинской деятельности. Порядок проведения. Аккредитация специалистов.
4. Анализ учредительных документов, прав использования занимаемых помещений, наличия лицензии и приложений к ним.
5. Анализ организации санитарно-эпидемического режима, организации противопожарной безопасности и материально-технического обеспечения.
6. Анализ организации работы с лекарственными средствами, документов по порядку допуска специалистов к профессиональной деятельности, состояния работы с кадрами.
7. Анализ ведения медицинской документации, выполнения требований закона о защите прав потребителей, договоров о возмездии оказании услуг.
8. Опишите технологию проведения экспертизы врачами-экспертами

- страховой медицинской организации. Этапы экспертного контроля.
9. Определение целенаправленного контроля.
 10. Опишите критерии оценки художественной реставрации.
 11. Внештатный медицинский эксперт, задачи эксперта.
 12. Основные права и обязанности внештатного медицинского эксперта.
 13. Основные права и обязанности эксперта СМО, ответственность эксперта.

Порядок организации и проведения **государственного контроля** утвержден Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – Постановление № 1152).

Задачами государственного контроля являются предупреждение, выявление и пресечение нарушения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - обязательные требования), и принятие предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению и (или) устранению последствий нарушения обязательных требований.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности (статья 88 Основ) осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями путем:

- 1) проведения проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 2) осуществления лицензирования медицинской деятельности;
- 3) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 4) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- 5) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- 6) проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним

при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;

7) проведения проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями, указанными в части 1 статьи 89 и в статье 90 Основ.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает в себя:

1) проверки органов государственной власти Российской Федерации, органов местного самоуправления, государственных внебюджетных фондов, медицинских организаций и фармацевтическими организаций на предмет соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья;

2) лицензирование медицинской деятельности в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности;

3) проверки медицинских организаций на предмет соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

4) проведение проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

5) проведение проверок соблюдения медицинскими организациями требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

6) проведение проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;

7) проведение проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями, указанными в [части 1 статьи 89](#) и [статье 90](#) настоящего Федерального закона (№323);

8) проведение контрольных закупок в целях проверки соблюдения медицинской организацией порядка и условий предоставления платных медицинских услуг.

Государственный контроль осуществляется следующими органами государственного контроля:

1) [Росздравнадзор РФ](#) - Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (если речь идет о проверке соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья, проверки соблюдения порядков и стандартов оказания медицинской помощи, проверки проведения диспансеризации и осмотров, проверки использования медицинских изделий, проверки соблюдения медицинскими работниками ограничений, проверки результатов ведомственной

экспертизы и внутреннего контроля качества и проверки проведения контрольных закупок).

То есть, все перечисленные выше пункты, кроме лицензирования медицинской деятельности.

2) Росздравнадзор субъекта - Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (если речь идет о лицензировании медицинской деятельности).

Кто из **должностных лиц** Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения участвует в проведении контроля?

а) руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, его заместители;

б) руководители структурных подразделений Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, их заместители, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля;

в) иные государственные гражданские служащие Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля;

г) руководитель территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, его заместители;

д) руководители структурных подразделений территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, их заместители, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля;

е) иные государственные гражданские служащие территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля.

Свои проверки эта служба осуществляет с применением риск-ориентированного подхода, за исключением лицензирования. Государственный контроль осуществляется посредством **плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок** в порядке, предусмотренном Федеральным законом "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля". Как основание для проведения внеплановых проверок Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения используются индикаторы риска нарушения обязательных требований, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Должностные лица, при проведении плановой проверки, обязаны использовать проверочные листы (списки контрольных вопросов).

Использование проверочных листов (списков контрольных вопросов) осуществляется при проведении плановой проверки всех юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Проверочные листы (списки контрольных вопросов) содержат вопросы, затрагивающие предъявляемые к юридическому лицу и индивидуальному предпринимателю обязательные требования, соблюдение которых является наиболее значимым с точки зрения недопущения возникновения угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан.

Предмет плановой проверки юридических лиц и индивидуальных предпринимателей ограничивается перечнем вопросов, включенных в проверочные листы (списки контрольных вопросов).

Приказ Росздравнадзора от 20.12.2017 N 10450

"Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), исп..."

Документ предоставлен КонсультантПлюс

Дата сохранения: 04.01.2020



N п/п	Перечень вопросов, отражающих содержание обязательных требований, составляющих предмет проверки	Да	Нет	Не относится	Реквизиты нормативных правовых актов, содержащих обязательные требования	Примечание
1.	Соблюдение осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи по профилям в соответствии с: - Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, статьи 6724; 2017; N 31, статьи 4765), далее - 323-ФЗ; - приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный N 46740), далее - приказ Минздрава N 203н.					
1.1	Соблюдаются ли медицинской организацией этапы (маршрутизация) оказания медицинской помощи, установленные соответствующим порядком?				пункт 1 части 3 статьи 37 323-ФЗ	
1.2	Соблюдаются ли медицинской организацией правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), установленные соответствующим порядком?				пункт 2 части 3 статьи 37 323-ФЗ	
1.3	Соблюдается ли медицинской организацией стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений, установленный соответствующим порядком?				пункт 3 части 3 статьи 37 323-ФЗ	
1.4	Имеются ли на балансе медицинской организации или находящиеся в пользовании на другом законном основании медицинские изделия, для оказания медицинской помощи, регламентированные соответствующим порядком?				пункт 3 части 3 статьи 37 323-ФЗ	
1.5	Учтены ли медицинской организацией рекомендуемые штатные нормативы при формировании штатного расписания медицинской организации (ее структурных подразделений)?				пункт 4 части 3 статьи 37 323-ФЗ	

КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

www.consultant.ru

Страница 22 из 121

Периодичность плановых проверок

В отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих отдельные виды деятельности в сфере здравоохранения, плановые проверки проводятся с **периодичностью**, установленной Правительством Российской Федерации.

Выдержка из перечня (утвержден Постановлением Правительства РФ от 23 ноября 2009 г. N 944):

Наименование вида деятельности	Органы, осуществляющие плановые проверки	Периодичность проведения плановой проверки
Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи	органы, осуществляющие лицензирование медицинской деятельности	не чаще 1 раза в год
	органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор	не чаще 1 раза в 2 года
(в ред. Постановления Правительства РФ от 09.10.2019 N 1303) (см. текст в предыдущей редакции)		
Оказание стационарной и санаторно-курортной медицинской помощи	органы, осуществляющие лицензирование медицинской деятельности, и органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор	не чаще 1 раза в 2 года

Каким образом осуществляется проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан?

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих деятельность проверяемых органов, организаций и индивидуальных предпринимателей по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, в том числе доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в указанной сфере;

б) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы по рассмотрению обращений граждан;

в) оценка соблюдения требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан;

г) экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

Каким образом осуществляется проверка соблюдения порядков и стандартов оказания медицинской помощи?

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы и оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями **порядков** оказания медицинской помощи и **стандартов** медицинской помощи;

б) рассмотрение и анализ жалоб граждан, связанных с оказанием им медицинской помощи, в том числе содержащих сведения о непредоставлении информации о возможности оказания медицинских услуг, наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в стандарт медицинской помощи;

в) осмотр используемых при осуществлении медицинской деятельности зданий, строений, сооружений, помещений и территорий;

г) оценка соблюдения **порядков** оказания медицинской помощи, в том числе в части:

требований к организации деятельности организаций (их структурных подразделений, врачей), индивидуальных предпринимателей;

стандартов оснащения;

рекомендуемых штатных нормативов;

д) оценка соблюдения **стандартов** медицинской помощи, в том числе в части:

обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1;

обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

е) экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

Каким образом осуществляется проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований?

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию и проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

б) оценка соблюдения:

порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, в том числе содержащих перечни осмотров врачей-специалистов и медицинских исследований;

правил внесения записей в медицинскую документацию при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, а также оформления их результатов.

Каким образом осуществляется проверка соблюдения ограничений в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации?"

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы, направленной на соблюдение ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе рассмотрение:

договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, а также об осуществлении медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности;

договоров о поставках лекарственных препаратов, медицинских изделий на предмет наличия в них условий о назначении или рекомендации пациентам либо о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

утвержденного администрацией организации, индивидуальным предпринимателем, которые осуществляют медицинскую деятельность,

порядка участия представителей организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании) в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона "Об обращении лекарственных средств" и частью 3 статьи 96 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

б) осмотр помещений на предмет наличия бланков, содержащих информацию рекламного характера, рецептурных бланков, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия, а также образцов лекарственных препаратов и медицинских изделий для вручения пациентам;

в) оценка выявленных случаев несоблюдения ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

г) анализ:

организации работы по информированию медицинских работников, фармацевтических работников, компаний, представителей компаний и граждан об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение;

обращений граждан, содержащих сведения о предоставлении недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий, либо о наличии в аптечной организации лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющих более низкую цену.

Каким образом осуществляется проверка проведения ведомственного контроля качества и внутреннего контроля качества?

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе рассмотрение:

актов федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, регулирующих правила осуществления ими ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций;

порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного руководителями федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющих медицинскую деятельность организаций и индивидуальными предпринимателями;

б) оценка:

- соблюдения установленного порядка проведения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- соблюдения порядка оформления результатов ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- обоснованности мер, принимаемых по результатам проведения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

в) анализ эффективности проводимого ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

У лиц, осуществляющих проверку, должны быть служебное удостоверение и приказ о проведении проверки. Лица имеют право запрашивать и получать информацию по вопросам своей компетенции, привлекать ученых или других специалистов, беспрепятственно получать доступ на территорию медицинской организации, производить отбор проб и образцов материалов, проводить фото- и видеосъемку, делать копии документов.

Государственный контроль проводится аттестованными экспертами, которых привлекает Росздравнадзор.

После окончания проверки составляется акт. Принятые решения и предписания размещаются на официальном сайте проверяющего органа.

Риск-ориентированный подход

С введением риск-ориентированного подхода внимание проверяющих органов будет, в первую очередь, сконцентрировано на объектах, где нарушение безопасности может привести к наиболее тяжелым последствиям, а также на злостных нарушителях. Такой подход позволит, с одной стороны, повысить в целом защищенность государства и общества за счет повышения эффективности контрольно-надзорной деятельности и оптимизировать трудовые и финансовые ресурсы проверяющих госорганов. А с другой стороны – освободить от чрезмерного внимания контролеров, избыточного административного давления и связанных с этим издержек добросовестных предпринимателей, чей бизнес не несет в себе серьезных потенциальных рисков.

Риск-ориентированный подход представляет собой метод организации и осуществления государственного контроля (надзора), при котором в

предусмотренных случаях выбор интенсивности (формы, продолжительности, периодичности) проведения мероприятий по контролю, мероприятий по профилактике нарушения обязательных требований определяется отнесением деятельности юридического лица, индивидуального предпринимателя к определенной категории риска.

Отнесение к определенной категории риска осуществляется органом государственного контроля (надзора) с учетом тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями обязательных требований. Учитывается возможная степень тяжести потенциальных случаев причинения вреда (смерть, тяжелый вред здоровью), возможная частота возникновения и масштабы распространения потенциальных негативных последствий в рамках подобных случаев причинения вреда (количество пострадавших), трудности преодоления возникших в их результате негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований (возможности возмещения ущерба).

В зависимости от категории риска организации присваивается класс опасности, от этого зависят особенности проведения плановых проверок.

Категории риска	Классы (категории) опасности	Особенности проведения плановых проверок	
		для федерального государственного контроля (надзора)	для регионального государственного контроля (надзора) <1>
Чрезвычайно высокий риск	1 класс	плановая проверка проводится 1 раз в период, установленный положением	плановая проверка проводится 1 раз в год
Высокий риск	2 класс	о виде федерального государственного контроля (надзора) или положением о лицензировании конкретного вида деятельности	плановая проверка проводится 1 раз в 2 года
Значительный риск	3 класс	лицензировании конкретного вида деятельности	плановая проверка проводится 1 раз в 3 года
Средний риск	4 класс	плановая проверка проводится не чаще 1 раза в период, установленный положением о виде федерального государственного контроля (надзора) или положением о лицензировании конкретного вида деятельности	плановая проверка проводится не чаще 1 раза в 4 года и не реже 1 раза в 5 лет
Умеренный риск	5 класс	государственного контроля (надзора) или положением о лицензировании конкретного вида деятельности	плановая проверка проводится не чаще 1 раза в 6 лет и не реже 1 раза в 8 лет
Низкий риск	6 класс	плановые проверки не проводятся <2>	

Из таблицы видно, что чем выше риск, тем чаще проводятся проверки.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения ведет перечень объектов государственного контроля, которые отнесены к определенной категории риска (далее - перечень).

Перечень содержит следующую информацию:

- а) полное наименование юридического лица и фамилия, имя и отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя;
- б) основной государственный регистрационный номер;
- в) индивидуальный номер налогоплательщика;
- г) место нахождения и место осуществления деятельности юридического лица и индивидуального предпринимателя;

д) реквизиты решения о присвоении объекту государственного контроля категории риска, указание на категорию риска, а также сведения, на основании которых было принято решение об отнесении объекта государственного контроля к определенной категории риска.

Перечень медицинских организаций с указанием их категории риска можно скачать с официального сайта Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Внешний вид перечня:

Перечень объектов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, которым присвоены категории риска, утвержденный приказом Росздравнадзора от 29.08.2019 № 6463 (приложение № 1, 2, 3, 4, 5)						
№ п/п	Наименование юридического лица и фамилия, имя и отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя	Индивидуальный номер налогоплательщика	Основной государственный регистрационный номер	Место нахождения и место осуществления деятельности юридического лица и индивидуального предпринимателя	Категория риска	Основание для принятия решения об отнесении объекта государственного контроля к определенной категории риска
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Республиканская детская клиническая больница"	0274001119	1030203899934	450106, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Степана Разина, 98	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №152
2	Государственное автономное учреждение Республики Саха (Якутия) "Республиканская больница №1-Национальный центр медицины"	1435099188	1021401067632	677019, Россия, Республика Саха (Якутия), Якутск, Сергеевское шоссе, 4	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №153
3	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Республиканская клиническая больница" Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания	1504001238	1021500510679	362003, Россия, Республика Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ, Варваринская ул., д. 39	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №154
4	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Высотгорская центральная районная больница"	1616001892	1021600812760	422700, Россия, Республика Татарстан, Высокогорский район, пос.ст. Высокая Гора, ул. Зеленая, д. 3	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №155
5	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан"	1659013660	1021603464123	420064, Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д.138	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №156
6	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Краевая клиническая больница № 2" министерства здравоохранения Краснодарского края	2311010502	1022301811256	350012, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, Прикубанский внутригородской округ, ул. Красная Партизан, 6, корпус 2	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №157
7	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В.Очаповского" министерства здравоохранения Краснодарского края	2311040088	1022301815524	350086, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, 1 мая ул, Дом 167	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №158
8	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Медико-санитарная часть № 98 федерального медико-биологического агентства"	2503005866	1022500578308	692806, Приморский край, г. Большой Камень, ул. Зеленая, 5	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №159
9	Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Дальневосточный федеральный университет"	2536014538	1022501297785	690950, Приморский край, г. Владивосток, ул. Суханова д. 8	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №160
10	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства"	2539008116	1022502118473	690022, Россия, Приморский край, Владивосток, проспект 100-лет Владивостоку, дом 161	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №161
11	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения медицинское объединение дальневосточного отделения российской академии наук	2539017287	1022502118330	690022, Приморский край, г. Владивосток, ул. Кирова, д. 95	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №162
12	Федеральное государственное бюджетное учреждение "Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства"	2626003731	1022601229342	357600, Россия, Ставропольский край, г. Ессентуки, ул. Советская, д. 24	Чрезвычайно высокий	Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012г. №163

Медицинская организация имеет право подать заявление об изменении категории риска, присвоенной ранее.

Таким образом, риск ориентированный подход к контрольно-надзорной деятельности позволит осуществить переход от всеобъемлющего надзора к дифференцированному планированию плановых контрольных мероприятий и будет способствовать увеличению охвата плановыми контрольными мероприятиями организаций, осуществляющих высоко рискованную деятельность, представляющую угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан, что позволит более рационально использовать кадровые и материальные ресурсы Росздравнадзора.

Роль страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи

Существует четвертая форма контроля качества как вневедомственная. Она реализуется путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Участие страховых медицинских организаций в контроле качества медицинской помощи впервые получило юридическое оформление в совместном приказе Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.1996 № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»; таким образом, был утвержден статус страховых медицинских организаций как части **вневедомственного** контроля качества медицинской помощи. В дальнейшем задачи и полномочия этих организаций были переопределены в ходе реализации федерального закона от 29.10.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и детализированы в приказе Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Вопреки общим принципам расширения страховой составляющей в системе здравоохранения, принятие этого нового закона привело к дополнительному ограничению полномочий страховых медицинских организаций и снижению эффективности системы контроля.

К наиболее острым проблемам правового оформления участия страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи в современной российской системе здравоохранения следует отнести:

- неопределенность статуса страховой медицинской организации;
- отсутствие ясного определения объекта контроля;
- избыточный объем контрольных мероприятий.

Вневедомственный контроль осуществляется фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Реализуется такой контроль посредством проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи на основании предоставленных к оплате реестров счетов условиям договоров, в соответствии с программой ДМС, способами оплаты и тарифами на оплату.

Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к

оплате услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. Проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Компетенцией страховой медицинской организации является:

- организация и осуществление согласно заключенным договорам обязательного и добровольного медицинского страхования контроля качества, объема и сроков оказания медицинской помощи **штатными экспертами**, а также путем привлечения на договорной основе **внештатных специалистов**, входящих в регистр экспертов;
- определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их истинному объему и качеству, а для обязательного медицинского страхования территориальной программе ОМС, с правом частичного или полного возмещения затрат по оказанию медицинских услуг;
- предъявление претензий и исков лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам;
- информирование органов управления здравоохранением, лицензионных комиссий о выявленных в процессе экспертной работы недостатках в деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- заключение договоров на выполнение медицинской экспертизы качества с компетентными организациями и специалистами;
- участие в разработке тарифов на медицинские услуги, в лицензировании и аккредитации лечебно-профилактических учреждений и физических лиц;
- обращение в установленном порядке в лицензионные комиссии с заявлением о приостановлении или прекращении действия лицензии;
- перезаключение договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию в случае выявления неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным.

Исполнительные органы Фонда социального страхования как субъект вневедомственной экспертизы

Исполнительные органы ФСС – это региональные отделения, которые управляют денежными средствами гос. фонда на территории субъекта РФ; центральные отраслевые отделения, которые управляют денежными

средствами ФСС в отдельных отраслях хозяйства; филиалы отделений, которые создаются по необходимости.

В компетенцию исполнительных органов Фонда социального страхования входит:

1. осуществление контроля за обоснованностью выдачи, продления, правильности оформления документов, подтверждающих временную нетрудоспособность граждан, в том числе при выявлении случаев: а) временной нетрудоспособности, превышающих средние показатели; б) заканчивающихся выходом на инвалидность; в) несвоевременного направления на медико-социальную экспертизу. Компетенция лицензионных комиссий включает:

2. контроль за безопасностью медицинских услуг и определение их соответствия установленным стандартам;

3. контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и физическими лицами лицензионных условий;

4. выдача лицензий и сертификатов юридическим лицам и гражданам.

Профессиональные медицинские организации как субъект вневедомственной экспертизы

Их компетенциями являются:

1. участие в формировании регистра экспертов;

2. организация экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой гражданам лечебно-профилактическими учреждениями и лицами, занимающимися частной практикой, являющимися членами ассоциации;

3. разработка стандартов качества медицинской помощи, программ и критериев подготовки повышения квалификации медицинских кадров, соглашений по тарифам на медицинские услуги;

4. участие в работе комиссий по аттестации медицинских работников, аккредитации и лицензированию деятельности учреждений здравоохранения, квалификационных экзаменационных комиссиях.

Страхователь как субъект вневедомственной экспертизы

В его компетенцию входит:

1. контроль за соблюдением условий договора медицинского страхования;

2. получение сведений об организациях, наделенных правом осуществления экспертизы качества медицинской помощи населению, и порядке их деятельности;

3. получение сведений о состоянии медицинской помощи застрахованным и информирование застрахованных о результатах экспертной оценки качества медицинской помощи и мерах по ее улучшению;

4. перезаключение договоров медицинского страхования в случае неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным.

5. Компетенцией общества защиты прав потребителей является:

6. изучение общественного мнения о качестве медицинской помощи;

7. информирование субъектов вневедомственного контроля качества и органов управления здравоохранением о дефектах в оказании медицинской помощи;

8. защита прав пациентов путем представления и защиты их интересов в административных и судебных органах.

Согласно действующей нормативной базы основными **причинами проведения вневедомственного контроля качества служат:**

а) для страховых медицинских организаций:

- жалобы пациентов и/или страхователей на качество медицинской помощи;

- неблагоприятный исход заболевания, связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий;

- несоответствие представляемых на оплату счетов территориальным медико-экономическим стандартам или территориальной программе ОМС;

- наличие многочисленных дефектов при оказании медицинской помощи отдельными специалистами, подразделениями, учреждениями;

б) для исполнительных органов Фонда социального страхования:

- представление к оплате документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, оформленных с нарушением установленного порядка;

- сомнения в обоснованности выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, сроках временной нетрудоспособности, сроках направления на медико-социальную экспертизу;

в) для лицензионных комиссий:

- проведение лицензирования юридических и физических лиц; обеспечение контроля за выполнением лицензионных условий.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

- Предупредительного контроля (лицензионно-аккредитационной комиссией);

- Контроля результата (перечисленными выше субъектами вневедомственного контроля);

- Целевого контроля (внештатными экспертами);

- Планового контроля (страховой медицинской организацией);

Вневедомственная экспертиза предусматривает проведение *предупредительного* контроля, осуществляемого лицензионно-аккредитационной комиссией.

Целью предупредительного контроля является определение возможностей медицинского учреждения или физического лица

оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия их деятельности установленным стандартам.

В целях проведения единой государственной политики в области лицензирования отдельных видов деятельности и обеспечения защиты жизненно важных интересов личности, общества и государства Правительством Российской Федерации был принят Федеральный закон от 08.08.2001 г. №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Порядок ведения лицензионной деятельности медицинскими учреждениями (предприятиями) регламентирован Постановлением Правительства РФ от 04.07.2002 г. № 499 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.07.2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности».

Лицензия - специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий. Фактически лицензирующие органы являются системой контроля обеспечения качества стоматологической помощи.

Механизмы государственного контроля

Лицензирование - выдача государственного разрешения (лицензии) на занятие определенными видами медицинской, научно-медицинской, медико-образовательной и медицинской вспомогательной, в том числе медико-технической деятельностью (далее - медицинская деятельность).

Цель лицензирования - оценка **ВОЗМОЖНОСТИ** оказания заявителями различных видов медицинской помощи населению, формирование и развитие рынка медицинских услуг.

Лицензированию подлежат все стоматологические учреждения независимо от форм собственности (частные и государственные). Такое разрешение позволяет учреждению заключать договор с медицинской страховой организацией на оказание помощи по программам страхования, получая от нее соответствующую оплату услуг, предоставленных застрахованным лицам.

Термин «аккредитация» происходит от латинского «credit» доверие. Под аккредитацией понимается процедура выдачи уполномоченным органом гарантий того, что персона (врач), товар, услуга отвечают определенным требованиям, позволяющим им осуществлять особо ответственные функции, или соответствуют установленным профессиональным стандартам качества. Таким образом, использование стандартов является непременным условием осуществления и аккредитации, и сертификации.

Контролирующими органами проводится анализ:

1. Учредительных документов;
2. Прав использования занимаемых помещений;
3. Наличии лицензии и приложений к ним;
4. Организации санитарно-эпидемиологического режима;
5. Организации противопожарной безопасности;

6. Материально-технического обеспечения;
7. Организации работы с лекарственными средствами;
8. Документов по порядку допуска специалистов к профессиональной деятельности, охране труда и технике безопасности;
9. Личных дел персонала, состояния работы с кадрами;
10. Ведения медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам;
11. Порядка финансовых расчетов с пациентами;
12. Выполнения требований закона о защите прав потребителей;
13. Тщательной проверке подвергаются договоры о возмездном оказании услуг с другими лечебно-профилактическими учреждениями и коммерческими организациями.

Учитывая специфику отрасли «Здравоохранение», целесообразно детально рассмотреть механизмы государственного контроля обеспечения качества медицинской помощи.

При осуществлении проверок контролирующими органами, прежде всего, уточняются атрибуты юридического лица с этой целью анализируются все уставные документы (устав (положение), учредительный договор, протокол), свидетельство о государственной регистрации юридического лица (ООО, ОАО или ИП), лицензии и приложения к лицензиям.

В уставных документах уточняются цели и задачи создания юридического лица, виды деятельности, в частности - оказание медицинской помощи (медицинских услуг), фамилия, имя, отчество руководителя организации, юридический и фактический адреса, телефон, факс.

Проверке подлежат документы, удостоверяющие право: на владение, пользование, распоряжение зданием, помещениями, предназначенными для осуществления деятельности (договор купли-продажи помещения), или договор на аренду (субаренду), зарегистрированный в Росреестре, с внесением соответствующей записи в единую базу данных прав на недвижимость (с 2017 года ЕГРН).

Далее контролирующими органами подробнейшим образом рассматриваются вопросы, связанные с лицензированием деятельности юридического лица, с этой целью уточняются виды медицинской и вспомогательной деятельности, указанные в лицензии, изучаются приложения к лицензии. Быстро меняющееся законодательство в Российской Федерации затрудняет отслеживание изменений лицензируемых видов медицинской деятельности, но это не освобождает руководителя организации от ответственности. Появившийся вновь определенный вид медицинской деятельности, подлежащий в соответствии с изменениями лицензированию, зачастую выполняется, как само собой разумеющийся (сестринское дело и т.д.), что приводит к фактической безлицензионной деятельности. Поэтому юридическому лицу необходимо ознакомиться с рядом законодательных документов Российской Федерации, регламентирующих правила лицензирования, аккредитации и сертификации медицинских организаций.

Каждому виду лицензированной медицинской деятельности соответствуют определенные санитарно-гигиенические характеристики (они прописаны в СанПиНах – Санитарные правила и нормы: размер площадей, освещение; вентиляция, правила и нормы санитарной обработки и др.

Экспертиза санитарно-эпидемиологического состояния предприятия (учреждения) основывается на оценке выполнения ряда требований, изложенных в законодательных и нормативных документах. Каждая медицинская организация должна иметь Санитарный паспорт объекта установленного образца. Ежегодно помещение (здание), занимаемое медицинской организацией должно подвергаться контролю территориальной санитарно-эпидемиологической станции, на основании которого составляется «Акт обследования». Проверке подвергается уровень освещенности кабинетов, отделка помещений, общее соблюдение санитарных норм и правил.

Инспектирующими органами учитывается также повседневная деятельность и повседневный самоконтроль санитарно-эпидемиологической и дезинфекционной работы: режим стерилизации, предстерилизационной обработки инструментария, имущества и т.д. На предприятии или в учреждении должны заполняться соответствующие журналы по учету стерилизации и дезинфекции, регулярности взятия проб. Обязательным является ведение «Журнала учета дезинфекционных работ в профилактических целях». Необходимо помнить о проведении систематического кварцевания (журнал учета), генеральных уборок (журнал учета), о маркировке и хранении стерильных изделий, о методах утилизации использованных одноразовых медицинских изделий. Далее проверяется работа медицинской организации по взаимодействию с дезинфекционной станцией. Обязательно наличие договора на обследование помещений, заключаемого между медицинской организацией и дезинфекционной станцией.

Следующим объектом контроля является система охраны труда и техники безопасности. Проверке инспектирующими органами подлежит состояние работы с кадрами.

Экспертизе подлежит правильность составления и утверждения штатного расписания.

На каждую должность в медицинской организации должна быть разработана Должностная инструкция, в которой указываются права и обязанности с учетом работы, которую конкретный работник выполняет.

Работодатель может принимать работников только на должности, указанные в штатном расписании и соответствующие Единому тарифно-квалификационному справочнику работ и профессий. Должности работников должны соответствовать номенклатуре должностей врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала. Наименование должности дополняется наименованием специальности, предусмотренной номенклатурой врачебных специальностей и номенклатурой специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала. Кроме того, наименование должности дополняется указанием о наличии

Квалифицированной категории (высшей, первой, второй). Таким образом, записи в **трудовом** договоре могут быть следующие: «врач - стоматолог - хирург высшей категории», или «медицинская сестра первой категории», «зубной техник второй категории» и пр. Не может быть в лечебно-профилактических учреждениях «администраторов» вместо «медицинских регистраторов», «ассистентов» и «помощников стоматолога» вместо «медицинских сестер». При неправильных названиях должностей у работников в последующем могут возникать проблемы.

Государственным Комитетом санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации утвержден единый образец «Личной медицинской книжки». Во избежание подделок Личная медицинская книжка выполнена из специальных материалов с элементами защиты, имеет регистрационный номер. Подделка этого документа влечет уголовную ответственность. В ее содержание введены дополнительные разделы: обследование сотрудников медицинских организаций на ВИЧ инфекцию, дифтерию, парентеральные гепатиты и другие. Личные медицинские книжки должны быть заполнены на каждого медицинского сотрудника предприятия или учреждения и должны находиться непосредственно в медицинской организации.

При оценке *материально-технического* состояния достаточное внимание уделяется состоянию используемой в медицинской деятельности юридического лица стоматологической, рентгенологической и другой аппаратуры, ее качеству, адекватности и соответствию современному техническому уровню. Оцениваются возможности качественного технического обслуживания медицинской аппаратуры (наличие договоров на техническое обслуживание, ремонт, монтаж и т.д.). Проверке и анализу подвергаются свидетельства о государственной регистрации медицинской аппаратуры, сертификаты соответствия или регистрационные удостоверения, гигиенические сертификаты, технические паспорта, акты о вводе аппаратуры в работу, инструкции и инструктажи по технике безопасности.

При оценке *лекарственного* обеспечения обращается внимание на наличие паспортов и сертификатов соответствия на медикаменты, пломбировочные и зубопротезные средства. Подробной тщательной проверке подвергается уровень лекарственного обеспечения, наличие договоров с аптеками. Анализируются сроки годности, правила хранения медикаментов. Контролируется содержание и качество аптечки первой медицинской помощи, аптечки «Анти-СПИД», «Анти-гепатит».

Особое внимание инспектирующие органы уделяют обеспечению медицинской организации медицинской **учетно-отчетной документацией** и качеству её **ведения**.

Каждая медицинская организация (в том числе и частная) обязана зарегистрироваться в Центре медицинской статистики органа управления здравоохранением, куда в последующем должны предоставляться «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания клиники, за год» (ф. № 12) «Сведения о лечебно-

профилактическом учреждении за год» (ф. № 30). В связи с этим, инспектирующими органами проверяется наличие справок о постановке на учет в Центре медицинской статистики, а также контролируется правильность ведения всей отчетно-учетной документации.

Штрафы за неподачу либо за несвоевременную подачу форм статистической отчетности выросли в максимальном размере в 30(!) раз - Федеральный закон № 442-ФЗ, внесший изменения в ст. 13.19 Кодекса РФ об административных правонарушениях (далее — КоАП РФ). Могут достигать 100-150 тыс. руб.

Тщательной проверке подвергаются Договоры о возмездном оказании услуг (с зуботехническими лабораториями) с другими лечебно-профилактическими учреждениями и коммерческими организациями.

Согласно Закону «О защите прав потребителей», в каждой медицинской организации в доступном для обозрения месте должны быть вывешены «Книга отзывов и предложений». Закон «О защите прав потребителей», «Прейскурант цен на медицинские услуги», объявления о графике работы врачей, режиме работы предприятия (учреждения). «Книга отзывов и предложений» должна быть пронумерована, прошнурована, иметь оттиск печати и зарегистрирована в муниципалитете. «Прейскурант цен на медицинские услуги» должен быть утвержден руководителем юридического лица, иметь дату и оттиск печати.

Технология проведения экспертизы объема и качества медицинской помощи врачами-экспертами страховой медицинской организации.

Целью проверки является установление достоверности объемов медицинской помощи, в том числе стоматологической, заявленной медицинскими организациями к оплате в счетах-фактурах на пациентов и экспертной оценки фактически оказанных застрахованным лечебно-диагностических мероприятий.

Медико-экономический контроль объемов и экспертиза качества медицинской помощи осуществляются:

- экспертами страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС;
- внештатными врачами-экспертами, привлекаемыми страховыми медицинскими организациями на договорной основе и имеющими соответствующую доверенность.

Медико-экономический контроль объемов стоматологической помощи осуществляется путем **текущих, целевых экспертных проверок и плановых.**

1.Текущий медико-экономический контроль по реестрам и счетам-фактурам на пациентов проводится в автоматизированном режиме специалистами страховых медицинских организаций **ежемесячно.**

Обработка информации заключается в выявлении ошибочных записей и включает в себя следующие виды контроля:

- *технический контроль;*

- синтаксический контроль;
- экспертный контроль.

1) *Технический контроль* включает в себя: выявление продублированных записей из предыдущих счетов; выявление технических ошибок, искажающих информацию в счете (например, вместо количества услуг, оказанных пациенту, указан код исполнителя); дублирование услуг в один день.

2) *Синтаксический контроль* информации включает в себя проверку полноты и корректности заполнения полей в представленных файлах. Синтаксический контроль (сверка с регистром застрахованных по ОМС или ДМС) позволяет выявить: **не клиентов** данной страховой организации; клиентов с ошибками в написании их персональных данных (например, опечатки в фамилии, замена в имени букв "о" на "а" и наоборот); клиентов с аннулированными страховыми полисами; клиентов, медицинские услуги которым были оказаны после окончания срока страхования (ДМС).

3) *Экспертный контроль* объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования проводится в автоматизированном режиме врачами экспертами страховых медицинских организаций в два этапа.

На первом этапе экспертного контроля осуществляется контроль заявленных медицинским учреждением объемов медицинской помощи в счетах-фактурах на пациентов, при этом проверяются все (100% случаев) предъявленные счета-фактуры. *Результаты первого этапа экспертного контроля объемов* медицинской помощи оформляются страховой медицинской организацией «Актом экспертной оценки счета-фактуры» и «Актом медико-экономического контроля» в сроки, установленные договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию.

По результатам автоматизированного контроля осуществляется *второй этап экспертного контроля* - *отложенный медико-экономический контроль* объемов медицинской помощи, направленный на предупреждение возникновения дефектов оказания стоматологической помощи.

Второй этап экспертного контроля (отложенный медико-экономический контроль) проводится страховой медицинской организацией непосредственно в медицинском учреждении, с обязательным анализом «Медицинских карт стоматологических больных», журналов регистрации медицинских услуг и другой первичной медицинской документации в присутствии представителей администрации медицинского учреждения. Непредставление без объективных причин первичной медицинской документации, оформленной на пациента в период лечения, дает страховой медицинской организации право **не оплачивать** предъявленный медицинским учреждением счет-фактуру на пациента.

По результатам *второго этапа экспертного контроля*, так называемого *отложенного медико-экономического контроля* оформляется «Акт экспертного контроля объемов медицинской помощи», подписываемый

полномочными представителями страховой медицинской организации и медицинского учреждения.

По результатам отложенного медико-экономического контроля объемов медицинской помощи СМО осуществляет расчеты с медицинским учреждением за медицинскую помощь, оказанную в отчетном периоде.

2. Следующим видом экспертного контроля является целенаправленный контроль, который включает целевой медико-экономический контроль объемов стоматологической помощи и целевую экспертизу качества стоматологической помощи.

Целевой медико-экономический контроль объемов стоматологической помощи осуществляется *при неудовлетворенности* пациента процессом лечения и результатами оказанной ему лечебно-профилактической помощи и в иных случаях нанесения пациенту ущерба, а также по собственной инициативе страховой медицинской организации или по письменному обращению:

- органа управления здравоохранением;
- территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- ассоциации медицинских страховых организаций;
- других организаций.

Целевой медико-экономический контроль проводится в срок; не превышающий *года* от даты оказания медицинской помощи.

Страховая медицинская организация в течение 10 календарных дней с момента поступления письменного обращения согласовывает объем и сроки проведения совместной целевой проверки и уведомляет медицинское учреждение.

Целевая экспертиза качества стоматологической помощи проводится страховой медицинской организацией по жалобам страхователей, застрахованных и их родственников па качество и культуру оказания медицинской помощи, а также в случаях:

- летального исхода;
- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение одного года;
- первичного выхода на инвалидность дин трудоспособного возраста.

При этом страховая медицинская организация имеет право на привлечение внештатных врачей-экспертов.

По результатам целевой экспертизы качества медицинской помощи страховой медицинской организацией оформляется «Акт экспертизы качества медицинской помощи», который представляется для ознакомления и подписания главному врачу медицинского учреждения.

1. При проведении плановых экспертиз заранее известны объёмы проверочных мероприятий, которые развиваются по разным условиям медпомощи. К примеру, не более 3% случаев оказания скорой медицинской

помощи исследуются страховщиками в плановом порядке. Плановые мероприятия проводятся в соответствии с планом-графиком, которые утверждаются в каждом регионе РФ. Страховщики размещают эту информацию на сайте территориального фонда.

Порядок проведения проверок СМО:

1. Страховая медицинская организация перед проведением экспертизы качества медпомощи или медико-экономической проверки запрашивает в медучреждении необходимые документы – документы пациентов, данные регистрационных журналов или результаты внутренних проверок.

2. В течение 5 рабочих дней медучреждение должно предоставить запрашиваемые документы.

3. Акт контрольного мероприятия страховщики направляют в медучреждение не позднее 5 рабочих дней со дня его подписания.

Окончательные взаиморасчеты с медицинским учреждением за календарный год производятся страховой медицинской организацией с учетом результатов **всех видов проверок**.

Наиболее часто при экспертизе качества стоматологической помощи, осуществляемой врачами-экспертами СМО возникают конфликтные ситуации, обусловленные следующими причинами:

- Перепломбировка каналов, не подтвержденная рентгеновскими снимками, 21,73±1.20%.
- Подмена обычной пломбы художественной реставрацией 19,00±1.20%.
- Неоправданное применение глубокого фторирования на депульпированных зубах в 17.87±1,17% случаев.
- Вынесение в отдельную манипуляцию шлифовки и полировки пломбы в 16.37±1.13% случаев.
- Применение двух светоотверждаемых материалов при пломбировании одного зуба в 9.13± 1,43% случаев.
- Необоснованное применение анестезии в 8,65±0,81% случаев.
- Прочее 7,24±0,79%.

Страховые медицинские организации имеют полное право всесторонне оценивать и изучать перед оплатой те медицинские услуги, которые были оказаны гражданам медучреждениями.

Основные трудности экспертизы КСП обусловлены отсутствием стандартов диагностики и лечения в стоматологии, что значительно затрудняет проведение объективной экспертизы. Врачи-эксперты при проведении экспертиз вынуждены соизмерять действия лечащего врача с так называемой «школьной медициной». В некоторых случаях знания «школьной медицины» могут оказаться устаревшими.

Особые трения между врачами-экспертами и лечащими врачами-стоматологами возникают при оценке качества художественной реставрации разрушенной коронковой части зуба. Определенные сложности возникают при работе с пациентами, которым оказываются услуги на платной основе и по программам добровольного медицинского страхования. Что наглядно

демонстрируется следующим фактом. При проведении плановой медико-экономической экспертизы огромное недовольство и нарекания экспертов вызывает высокая стоимость художественной реставрации (120-150 у.е.). неоправданная трактовка обычной пломбы как художественная реставрация. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что до настоящего времени отсутствуют научно обоснованные и подтвержденные практикой критерии оценки художественной реставрации.

Считаем целесообразным привести критерии оценки художественной реставрации и **простой** пломбы.

Критерии оценки художественной реставрации

Форма художественной реставрации должна соответствовать анатомической форме зуба (бугры, скаты бугров, фиссуры, режущий край).

Контакт между апроксимальными поверхностями соседнего зуба и поверхностью реставрации должен быть точечным и находиться в области экватора зуба.

Реставрация не должна нарушать окклюзионные контакты (при смыкании зубов пломба не вызывает дискомфорт).

Воспроизведение мамелон и зон прозрачности, имитация трещин, прокрашивание фиссур; для нейтральных зубов - эффект «хамелеона».

Соблюдение постепенного цветового перехода - шейка зуба, тело коронки зуба, край коронки зуба: центр коронки зуба, боковые поверхности.

Граница края художественной реставрации и тканей зуба не должна просматриваться.

Поверхность реставрации должна быть отшлифована и отполирована.

Критерии оценки пломбы

Форма пломбы должна соответствовать анатомической форме зуба (бугры, скаты бугров, фиссуры, режущий край)

Контакт между апроксимальными поверхностями соседнего зуба и пломбы должен быть точечным и находиться в области экватора зуба;

Края пломбы должны плотно прилегать к тканям зуба.

Пломба не должна нарушать окклюзионные контакты (при смыкании зубов пломба не вызывает дискомфорт).

Цвет пломбы должен соответствовать цвету эмали зуба.

Поверхность пломбы должна быть отшлифована и отполирована.

Данные критерии совершенно необходимы для всестороннего и скоординированного применения методов обеспечения и управления качеством стоматологической помощи. Наряду с этим, научный поиск следует направить на разработку качественных отечественных светоотверждаемых материалов, которые бы позволяли выполнять метод художественной реставрации и включить данную услугу в программу ОМС.

Эксперты, их права и обязанности

Существует 2 вида экспертов:

Внештатным медицинским экспертом может быть специалист с высшим медицинским образованием, получивший подготовку по врачебной

специальности и имеющий стаж работы по ней не менее 10 лет, высшую квалификационную категорию или ученую степень, прошедший специальную подготовку по экспертизе и получивший лицензию на право осуществления экспертной деятельности.

Экспертом страховой медицинской организации может быть специалист с высшим медицинским образованием, имеющий стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет, специализацию по организации здравоохранения и социальной гигиене, прошедший специальную подготовку по экспертизе. Эксперт является штатным сотрудником СМО и назначается её руководителем.

- Эксперт работает на основании договора с организациями, имеющими право на осуществление экспертной деятельности;
- В своей работе эксперт руководствуется действующими законодательными актами РФ, иными нормативно-правовыми документами, регулирующими правоотношения в системе экспертизы качества медицинской помощи;
- Эксперт должен иметь удостоверение с указанием срока его действия и предписание на проведение экспертизы.

Основная задача эксперта - оценка правильности выбора медицинской технологии, сроков и качества оказываемых медицинских услуг установленным стандартам и условия договора.

Права и обязанности эксперта. Ответственность эксперта.

Внештатный эксперт имеет право:

- Проводить экспертизу на местах в соответствии с установленным порядком и условиями договора;
- Пользоваться документами, необходимыми для оценки экспертного случая;
- Отказаться от проведения экспертизы до её начала, не мотивируя причину отказа;
- Отказаться от дальнейшего проведения экспертизы с уведомлением направляющей стороны о конкретных причинах своего отказа;
- Участвовать в подготовке претензионных и исковых материалов для рассмотрения их дополнительной экспертизой;
- При работе в группе экспертов оформлять особое мнение, отличающееся от мнения других экспертов и требовать проведения дополнительной экспертизы;
- Вносить предложения по улучшению организации и качества медицинской помощи, получать сведения о выполнении своих рекомендаций и, в случае, когда их невыполнение угрожает здоровью пациента, информировать соответствующие инстанции;
- Повышать свой профессиональный уровень.

Внештатный эксперт обязан:

- Проводить экспертную оценку в присутствии уполномоченного представителя экспертируемой организации здравоохранения;

- Давать компетентную и объективную оценку качества медицинской помощи на основе изучения медицинской документации, в необходимых случаях-личного осмотра пациента;
- Ходатайствовать о привлечении к экспертизе других экспертов;
- Обсуждать с лечащим врачом и руководством организации предварительные результаты экспертизы;
- Готовить рекомендации по повышению уровня и качества оказания медицинской помощи, по устранению причин, вызвавших оказание пациентам помощи ненадлежащего качества;
- По результатам экспертизы готовить заключение, оформлять результаты актом установленной формы, предоставлять экземпляр акта руководству учреждения здравоохранения;
- Отчитываться направляющей организации о результатах проверки с предоставлением акта экспертного контроля.

Эксперт СМО имеет право:

- Обосновать необходимость проведения дополнительной экспертизы;
- Требовать в установленном порядке проведения ведомственной экспертизы по фактам выявленных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным;
- Оценивать результаты медицинской экспертизы, принимать участие в подготовке общего заключения;
- Вносить предложения по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи населению;
- Пользоваться необходимой медицинской документацией;
- При наличии соответствующей лицензии проводить экспертизу так же, как и внештатный медицинский эксперт.

Эксперт СМО обязан:

- Организовывать проведение экспертизы и осуществлять контроль экспертной работы, проводимой внештатными экспертами на соответствии технологии экспертизы;
- Представлять используемую методику экспертизы врачам медицинских организаций, разъяснять порядок её применения;
- Проводить отбор случаев, подлежащих экспертизе в соответствии с утвержденным положением;
- Согласовывать сроки и порядок проведения экспертизы с администрацией организации;
- Представлять для получения согласительной подписи со стороны администрации «Акты экспертного контроля» по результатам оценки качества медицинской помощи;
- Вести учет всех предъявляемых претензий, штрафных и иных санкций;
- Предъявлять обобщенную информацию о выявленных нарушениях. Результаты рассмотрения жалоб в профессиональную медицинскую ассоциацию, территориальный фонд ОМС и орган управления здравоохранением территории;

- информировать территориальную лицензионно-аккредитационную комиссию о выявленных нарушениях в оказании лицензированных видов медицинской деятельности;

- Не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, ставшие известными при проведении экспертизы.

Основные функции эксперта СМО:

- Выявление дефектов в процессе оказания медицинской помощи застрахованным;

- Обоснование необходимости экспертной оценки, четкая формулировка целей и задач предстоящей экспертизы и согласование её с руководством лечебно-профилактической организации;

- Подготовка документации, необходимой внештатному эксперту для проведения дополнительной экспертизы;

- Оценка результатов ведомственной и дополнительной медицинской экспертизы;

- Ознакомление руководства организации с результатами экспертизы;

- Подготовка по результатам экспертизы предложений руководству СМО по применению штрафных санкций к медицинской организации.

Эксперт в установленном порядке несет ответственность:

За качество и объективность проводимой экспертизы, а также превышение своих полномочий, предоставленных ему законодательством и нормативными актами; в случае несоответствия деятельности эксперта профессиональным требованиям, организация, заключившая договор с экспертом, обязана сообщить об этом в орган, формирующий регистр экспертов, и орган, выдающий лицензию на право осуществления экспертной деятельности, для решения вопроса о возможности продолжения им этой деятельности.

Средства контроля качества медицинской помощи

Структурным компонентом системы управления качеством медицинской помощи являются **средства контроля**, то есть то, что помогает решить качественно была оказана помощь или нет. Под средствами контроля качества медицинской помощи понимают:

1. медицинские стандарты;
2. экспертные оценки;
3. показатели деятельности медицинских учреждений, показатели здоровья населения.

В зависимости от выбранных классификационных критериев выделяют несколько видов **медицинских стандартов**:

- 1) по уровню принятия стандарта: международные; национальные (федеральные); территориальные; локальные (местные);

- 2) по объекту стандартизации: структурно-организационные; профессиональные; технологические (медико-экономические); результативные;

- 3) по способу создания и использования: простые; групповые.

Каждому объекту стандартизации соответствует свой особый вид стандарта. Так, структурно-организационные стандарты устанавливают требования к условиям оказания медицинской помощи; профессиональные к профессиональным качествам медицинских работников (их образованию); технологические предусматривают перечень необходимых лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нозологическими формами болезней с учетом пола, возраста пациентов и ряда других биологических признаков; результативные требования к конечным результатам деятельности системы здравоохранения.

В практике медицинских учреждений широко используется метод *экспертных оценок*. Метод описан в теме №4.

Весьма эффективным средством контроля качества медицинской помощи, традиционно используемым в практике здравоохранения, являются *показатели деятельности системы здравоохранения*. Все известное множество применяемых с этой целью статистических показателей может быть условно объединено в 2 большие группы: показатели обеспеченности населения медицинской помощью и показатели деятельности учреждений здравоохранения.

Показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами включают:

- обеспеченность населения врачебными (сестринскими) кадрами: $(\text{численность врачебных (сестринских) кадров} / \text{среднегодовая численность населения}) \times 10000$;
- соотношение врачебных и сестринских кадров: $\text{численность сестринских кадров} / \text{численность врачебных кадров}$;
- удельный вес врачей (медицинских сестер) отдельных специальностей в общей численности врачей (медицинских сестер): $(\text{число врачей (медицинских сестер) данной специальности} / \text{общее число врачей (медицинских сестер)}) \times 100$;
- укомплектованность врачебных (сестринских) должностей: $(\text{число занятых врачебных (сестринских) должностей} / \text{число штатных врачебных (сестринских) должностей}) \times 100$;
- коэффициент совместительства: $\text{число занятых врачебных (сестринских) должностей} / \text{число физических лиц врачей (медицинских сестер)}$.

К показателям организации стационарной помощи относятся:

показатели госпитализации населения:

- сезонность госпитализации (структура госпитализации по сезонам года): $(\text{число поступивших в стационар в январе (феврале и т.д.)} / \text{общее число поступивших в стационар в течение года}) \times 100$;
- структура поступления в стационар по дням недели: $(\text{число поступивших в стационар в понедельник (вторник и т.д.)} / \text{общее число поступивших в стационар за анализируемый период}) \times 100$;

- удельный вес плановой и экстренной госпитализации: (число больных, поступивших в стационар в плановом порядке (экстренно) / общее число поступивших в стационар) x 100;

показатели использования коечного фонда:

- среднее число дней работы койки в году (среднегодовая занятость койки): число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре / среднегодовое число коек в стационаре;

- оборот койки: число пролеченных больных (полусумма поступивших и выбывших) / среднегодовое число развернутых коек;

Показателями качества стационарной медицинской помощи служат:

- повторность госпитализации: (число больных, госпитализированных в данном году повторно / общее число госпитализированных) x 100;

- структура исходов госпитализации: (число больных, выписанных с выздоровлением (улучшением и т.д.) / общее число госпитализированных) x 100; и т.д.

Тема 6. Особенности формирования менеджмента в стоматологии

Цель занятия: Рассмотреть понятие «менеджмент». Сформировать представление об особенностях формирования рынка стоматологических услуг в России. Развить представления о стилях руководства в медицинской организации. Изучить возможности проведения SWOT-анализа в стоматологии.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Особенности стоматологии как отрасли медицинской деятельности.
2. Особенности рынка стоматологических услуг в России.
3. Менеджмент - определение. Функции менеджмента.
4. Виды менеджмента.
5. Целевой подход в управлении (управления по целям).
6. Ситуационный подход и маркетинговая модели в управлении клиникой.
7. Мотивация – определение. Основные теории мотивации.
8. Лидерство – определение, качества лидера.
9. Стили руководства, их характеристика.
10. Документооборот в стоматологической организации.
11. SWOT-анализ – определение. Механизм проведения.

К особенностям стоматологии как самостоятельной отрасли медицинской деятельности, относятся:

- сплошная пораженность населения дентальной патологией, а следовательно, и массовая потребность в стоматологической помощи.

Уровень стоматологических заболеваний и нуждаемости в стоматологической помощи остается высоким и почти не меняется из года в год;

- отношение подавляющего большинства населения к стоматологии таково, что к стоматологу обращаются только при наличии заболевания (острая боль или явный дискомфорт) и лечат только то, что беспокоит на данный момент времени. Как результат – низкая частота посещений стоматолога и низкая явка на повторные приемы. Все это является результатом низкой гигиенической культуры и платежеспособности основной массы населения;

- высокий уровень оснащенности рабочего места стоматолога;

- большое разнообразие используемых расходных материалов;

- высокая степень зависимости деятельности врача-стоматолога от обеспечения технологического уровня лечебно-диагностического процесса;

- зависимость производительности труда стоматолога от эргономических свойств его рабочего места;

- индустриальный (почти поточный) характер труда врача-стоматолога;

- сопоставимость затратоемкости единицы продукции стоматологического профиля с высокоиндустриальным материальным производством;

- часть ее продукта – услуги, а другая, причем бóльшая часть, носит четко выраженный материальный характер (пломбы, протезы и т.д.);

- альтернативность предоставления услуг с одним и тем же терапевтическим эффектом;

- наличие множества типов различных стоматологических учреждений и систем образования, включая постдипломную подготовку специалистов;

- наличие сектора платных стоматологических услуг;

- стоматология участвует в создании совокупного общественного продукта, одновременно производя и услуги, и товары.

- и т. д.

Формирование рынка стоматологических услуг в России характеризуется целым рядом особенностей, отличающих его от аналогичного западноевропейского рынка:

• широкое участие государственных стоматологических учреждений, получивших право оказывать населению, наряду с бесплатной стоматологической помощью, платные стоматологические услуги;

• отсутствие отечественного рынка современного стоматологического оборудования, инструментария и материалов. Это вызывает необходимость, при стремлении к современным стоматологическим технологиям, закупать все это у иностранных поставщиков;

• несоответствие уровня додипломной, а часто и последипломной подготовки врачей-стоматологов, требованиям передовых стоматологических технологий. Отсюда – необходимость зарубежной

стажировки врачей-стоматологов, желающих работать на современном уровне, что в конечном счете, заметно повышает стоимость их обучения;

- несоответствие платежеспособности широких масс населения – стоимости современных стоматологических услуг. Цены таких услуг приближаются к западным, а доходы большинства потребителей остаются прежними, несопоставимо низкими по сравнению с западноевропейскими.

- рост числа инфекционных заболеваний в стоматологии. Стерилизация стоматологического инструментария, изготовленного из разных материалов, имеет свои особенности и сложности. Современные требования к инфекционной безопасности делают необходимым, например, обеспечивать одного врача с ассистентом, учитывая время приема и полный цикл дезинфекции и стерилизации, тремя комплектами наконечников, на что необходимо затратить дополнительные денежные средства только для частичного обеспечения инфекционной безопасности;

- широкое распространение среди населения аллергических заболеваний и состояний требует использование современных дорогостоящих анестетиков, применения металлокерамики на основе специальных золотых сплавов и многое другое.

Частная стоматология, как известно, относится к числу **фрагментированных** секторов медицины, т.к. на российском медицинском рынке работают сотни мелких и средних стоматологических организаций, предлагающих подобные услуги и нельзя выделить какую-то одну организацию, которая являлась бы безусловным лидером в отрасли. Отличительным конкурентным свойством фрагментированных отраслей является отсутствие лидеров со значительной долей рынка или широкой приверженностью потребителей в масштабах всей отрасли.

Фрагментация в стоматологии объясняется: либо относительно невысоким барьером для входа, позволяющим войти на рынок практически любому человеку (открытие кабинета с одним стоматологическим креслом и всей необходимой инфраструктурой обойдется инвестору в 70-80 тыс. долларов США, клиники на 2 кресла среднего класса – примерно в 100-120 тыс. долларов США);

- либо географической локализацией рынка услуг, вызванной невозможностью их транспортировки (производство услуг и их продажа осуществляются в одном месте). Это дает конкурентные преимущества местным Компаниям, знакомым со своими Потребителями и условиями местного рынка;

- либо одновременным сочетанием обоих факторов.

Для частного сектора российской стоматологии отмечается консолидация естественным путем ко времени наступления зрелости (например, создание сети клиник). Медленный рост стоматологического рынка обостряет конкуренцию, ведет к вытеснению слабых, неэффективных Компаниях и усилению концентрации крупных (на стоматологическом рынке С.-Петербурга – “МЕДИ”, “Стома”, “Вероника”; в Москве – “Мастер-Дент”,

“Ортодонт-Центр” и др.). Конкурентное соперничество в последние годы приобрело более жесткий характер (рынки близки к насыщению).

Когда люди объединяют свои усилия ради получения каких-то результатов, сразу возникает потребность в управлении и, в первую очередь, в организации и координации их совместной деятельности. В стоматологическом бизнесе, как впрочем и в других областях, это происходит при реализации двух последовательных этапов: создании бизнеса и управления его текущей деятельностью и развитием. Многие негосударственные стоматологические организации были созданы в 1990-е годы. Их становление и развитие происходило вместе с развитием рынка стоматологических услуг кончился, период предпринимательского “романтизма” и реактивной формы управления. На смену приходит осознание важности формирования в Компании современной системы менеджмента. **Менеджмент** (от англ. Management — управление) определяется, в данном случае, как современная концепция управления с применением принципов, функций и методов, разработанных в мировой теории и практике. Восприятие этих принципов, естественно, должно быть творческим, с максимальным учетом конкретных обстоятельств.

Фундаментальный Оксфордский словарь английского языка определяет менеджмент как: 1) способ, манера общения с людьми; 2) власть и искусство управления; 3) особенного рода умение и административные навыки.

Следовательно, **менеджмент** принято рассматривать одновременно и как вид деятельности человека, направленный на достижение определенной цели или целей, так и процесс, с помощью которого профессионально подготовленные специалисты формируют организации и управляют ими путем постановки целей и разработки способов их достижения. Последний подход позволяет трактовать процесс управления в виде совокупности и непрерывной последовательности взаимосвязанных действий управленческих работников (менеджеров) по реализации функций менеджмента, осуществляемых по особой технологии и направленных на достижение поставленных целей на основе применения управленческих принципов, методов и средств.

В последнее время ученые и практики-управленцы все чаще говорят о наступлении “эпохи менеджмента”, в рамках которой проходит “тихая управленческая революция”. Менеджмент коренным образом меняет всю управленческую систему. Особенно актуальна эта тема для российской экономики, все еще находящейся в стадии реформирования.

Менеджмент как конструктивная концепция управления характеризуется, прежде всего, возможностью выбора, позволяющего изыскать конкретные и реальные пути и методы руководства. Стремясь найти и разработать средства, которые способствовали бы наиболее эффективному достижению целей, менеджмент обусловил появление и развитие различных подходов к управлению, ориентированных на факторы внутренней и внешней среды. На разных этапах формирования менеджмента

разработаны различные подходы, успешно применяющиеся в практике управления, так же разработаны и модели управления.

Что касается рынка стоматологических услуг, на котором любая стоматологическая организация действует как оператор, то его можно отнести к числу наиболее динамично развивающихся секторов рынка медицинских услуг и товаров. Характерным для него является рост числа стоматологических организаций и, прежде всего негосударственных, усиление конкуренции, изменение самих медицинских организаций, их структуры и размеров.

Как показывает практика последних лет, неотъемлемой частью работы любой негосударственной стоматологической организации является развитие практического менеджмента и маркетинга.

Планирование, организация, руководство, координация и контроль представляют собой основные инструменты менеджмента, обеспечивающие процесс деятельности подразделений разных уровней для достижения общих целей всей организации (рис. 6.1). Менеджмент характерен как гибкий динамичный процесс, постоянно корректирующийся хозяйственной ситуацией.



Рисунок 6.1 – Основные функции менеджмента

Менеджмент сегодня представляет органическое единство маркетинга и инноваций. Первую же скрипку в современном менеджменте играет менеджмент финансовый. В финансовом менеджменте работа с человеческими ресурсами имеет два аспекта: каждый менеджер, даже линейный менеджер - заведующий отделением стоматологического учреждения, призван быть высококлассным специалистом в области финансов. Это необходимо хотя бы потому, что каждое управленческое решение в условиях рынка оценивается по соотношению «затраты - прибыль», т. е. любая хозяйственная акция должна приносить стоматологической организации прибыль не ниже среднего

запланированного уровня. А чтобы этого добиться, надо очень хорошо разбираться в ключевых вопросах финансов. Это требует специальной финансовой подготовки менеджеров всех уровней, особенно - высших (главные врачи стоматологических поликлиник, руководители коммерческих стоматологических предприятий и организаций их заместители).

Современный менеджмент, выступает не только в качестве науки и практики управления, организации управления организацией, процесса принятия и реализации решений, сколько искусством управления людьми. Каждый человек, как известно, индивидуален. К каждому нужен особый, свой собственный подход, если менеджер хочет, чтобы данный работник раскрыл весь свой потенциал. Не будучи знатоком человеческой натуры, менеджер не сможет рассчитывать на успех. Практика убеждает, что результаты работы подчиненных во многом предопределяются характером отношений с руководителем.

В условиях рынка авторитарный стиль исчерпывает свои возможности. Демократизм в управлении существенно повышает заинтересованность коллектива в конечном результате работы, мобилизует энергию людей, создает благоприятную психологическую атмосферу. Когда во главе коллектива стоит умный, тактичный человек, умеющий тонко разбираться в людях, доверять им, ценить их деловые и человеческие качества, то успех фирме обеспечен. Успех менеджера в решающей мере определяется тем, в какой степени он учитывает традиции коллектива, способность и готовность подчиненных к выполнению заданий, а также свой собственный потенциал, обусловленный уровнем образования, стажем работы, психологическими способностями и пр.

Один из подходов к классификации состоит в выделении следующих видов менеджмента (по уровням):

- стратегический менеджмент;
- тактический менеджмент;
- оперативный менеджмент.

Стратегический менеджмент находится в центре внимания высшего руководства организации (топ-менеджеров). Его задачами являются:

- выбор миссии и формирование стратегических (перспективных) целей, обеспечивающих устойчивое развитие компании ее лидерство на рынке, в отрасли, стране или мире;
- адаптация к изменениям, происходящим во внешнем окружении компании;
- постоянная ориентация компании на удовлетворение потребностей клиентов, потребителей, покупателей.

Основой стратегического управления и планирования служит **целевой подход**, который предполагает выбор, обоснование и реализацию четких и конкретных долгосрочных или краткосрочных целей, которые выступают как ориентиры при руководстве стоматологическим учреждением. Деятельность стоматологических учреждений может быть успешной только при условии

четкого видения целей. Не только руководитель стоматологического ЛПУ, но и все сотрудники должны ясно представлять себе, что нужно делать для достижения желаемого результата.

Тактический менеджмент (менеджеры среднего звена) обеспечивает достижение стратегических целей путем постановки и реализации тактических планов компании. В то время как стратегический менеджмент в основном разрабатывается на высших уровнях руководства, тактический менеджмент реализуется на уровне руководства среднего звена. Результаты тактического менеджмента проявляются быстро и легко соотносятся с конкретными действиями. Он управляет процессами в таких сферах деятельности организации, как маркетинг, научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы, производство, управление финансами и кадрами и т.п.

Оперативный менеджмент управляет реализацией оперативных планов. Действия осуществляются путем распределения задач и ресурсов, а также внесением необходимых корректировок в ход выполнения текущих заданий. Задачей оперативного менеджмента является принятие решений, способных быстро и вовремя корректировать производственные и другие процессы компании.

Второй подход к классификации состоит в выделении отраслевой и функциональной специфики менеджмента.

К функциональным относятся такие виды менеджмента, которые присутствуют практически во всех организациях, независимо от того, чем они занимаются:

- производственный (операционный) менеджмент – управление производственными процессами предприятия или основными операциями;
- финансовый менеджмент – управление финансовыми потоками предприятия;
- управление человеческими ресурсами (кадровый менеджмент, менеджмент персонала, HR) – управление процессами подбора, подготовки, продвижения персонала;
- инновационный менеджмент – управление внедрением технических, технологических и управленческих нововведений, обеспечивающих конкурентоспособное развитие предприятия;
- менеджмент в сфере управления потоками материально-технических ресурсов (логистика) – управление доставкой, хранением сырья, оборудования и товаров и т.п.

К отраслевым относятся такие виды менеджмента, специфика которых существенно зависит от той отрасли, в которой работают компании (менеджмент в гостиничном бизнесе; в ресторанном бизнесе; банковский менеджмент, менеджмент в медицинских организациях, менеджмент стоматологий, менеджмент салонов красоты и т.п.)

Помимо рассмотренных подходов к классификации менеджмента **иногда** выделяют следующие его виды:

- Целевой менеджмент
- Функциональный менеджмент
- Линейный менеджмент

Также, кроме целевого подхода к управлению организацией выделяют ситуационный, комплексный, маркетинговый, процессный, системный и прочие.

Сегодня одной из самых популярных моделей управления Компанией, предоставляющей услуги, является **маркетинговая модель**. Суть которой заключается в том, что для компании потребитель является главным элементом и все усилия нужно направлять на то, чтобы узнать его потребности и постараться максимально эффективно их удовлетворить. Для маркетинговой модели управления характерны следующие моменты:

- ставка на человека самореализующегося;
- организация рассматривается как живой организм, состоящий из людей, объединяемых совместными ценностями; организации должно быть присуще постоянное обновление, питающееся внутренним стремлением и нацеленное на приспособление к внешним факторам, главным из которых является Потребитель стоматологических услуг.

Концепция маркетинга полагает, что залогом успешной деятельности стоматологической организации является определение нужд и потребностей целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворенности Пациентов более эффективными, чем у конкурентов, способами. В соответствии с этим, основу концепции маркетинга организации должны составлять целевой рынок, потребительские нужды, интегрированный маркетинг и рентабельность.

Руководители стоматологических клиник пришли к выводу, что оптимальный размер клиники, когда в штате 8-10 докторов и соответствующее число среднего и младшего персонала. Коллектив имеет «обозреваемые границы»: видны настроения людей, относительно легко проводить конкретную управленческую политику, поддерживать дисциплину, контролировать расход материалов и т.д. Проблемы, конечно, есть и их немало. Появляются разные отношения к работе и пациентам; дают о себе знать характеры сослуживцев; у врачей разные экономические показатели и т.д. Тем не менее, клиника поддается управленческим воздействиям со стороны руководителей, не имеющих специальной подготовки и приблизительно представляющих, что такое маркетинг, менеджмент и психология работы с кадрами.

Таким образом, представление владельцев клиники об оптимальных размерах клиники соответствует обычному «руководящему потенциалу».

Практика показывает: если в штате 20 и более врачей, соответствующее количество ассистентов, администраторов и обеспечивающего персонала, то стоматологическое учреждение начинает функционировать как качественно новый объект управления. К нему приложимы понятия системного и комплексного подхода.

Перед особо разросшимися структурами (40 и более докторов) возникает необходимость создания отдела маркетинга, своего обучающего центра, механизма внутренней аттестации кадров, что выгоднее и продуктивнее, нежели повышение квалификации персонала «на стороне». Приходится заботиться о новом звене в системе обслуживания пациентов – организовать службу администраторов, которые специализируются только на телефонных запросах пациентов. Параллельно модифицируются традиционные обязанности администраторов клиник: они должны больше внимания уделять самопрезентации, имиджу, персонифицированному общению с пациентами в непосредственном контакте.

Таким образом, чем крупнее фирма, тем больше забот у ее руководителей, тем больше вероятность возникновения *неконгруэнтной управляемой системы*.

Неконгруэнтность Управляемой Системы – это такое ее состояние, когда принципы функционирования не соответствуют возникшим тенденциям жизнедеятельности организации, в результате чего различные ее компоненты (подсистемы) приходят в упадок.

Признаки неконгруэнтности системы:

- Понижается эффективность менеджмента;
- Ослабляются старые и в то же время не возникают новые функциональные связи между подразделениями (между ортодонтическим и хирургическим кабинетом, между терапевтами и кабинетом профилактики);
- Становится все более заметной разница профессиональной подготовки основных кадров – врачей и ассистентов;
- Обычно коллектив расслаивается на группировки;
- Отмечается «брожение» умов;
- Усиливается текучесть кадров (раз в год или чаще доктора сменяют друг друга);
- Появляются случаи «левачества» (неучтенный заработок, мимо «кассы»);
- Все заметнее проявляется синдром «эмоционального выгорания»;
- Под влиянием внутренних дестабилизирующих факторов снижается престиж крупной фирмы в общественном сознании.

Например, прием на работу врачей и ассистентов с плохой подготовкой и не обладающих потенциалами роста, плюс непродуманная кадровая политика, плюс пренебрежительное отношение к персоналу со стороны руководителей – вот ансамбль «слабых звеньев», способных разрушить клинику.

Мотивация – это совокупность внутренних и внешних движущих сил, которые побуждают человека к деятельности, ориентированную на достижение определенных целей.

Потребности – это внутреннее состояние человека, отражающее физиологический и психологический дефицит чего-либо.

Мотив – это то, что вызывает определенные действия человека.

Стимулы – выполняют роль рычагов воздействия или носителей «раздражения», вызывающих действие определенных мотивов.

В теории выделяют четыре основных метода мотивации:

→ принуждение – основано на страхе подвергнуться наказанию (увольнение, штраф и т.д.);

→ вознаграждение – в виде систем материального (заработная плата, премии, участие в прибылях и т.д.) и нематериального (награда, благодарность и т.п.) стимулирования хорошего труда;

→ солидарность – развитие у работников ценностей и целей, совпадающих или близких к ценностям и целям организации, что достигается путем убеждения, воспитания, обучения и создания благоприятного организационного климата;

→ приспособление – оказание влияния на цели и задачи организации путем частичного приспособления их к целям менеджеров высшего и среднего уровней. Этот вид мотивации требует делегирования полномочий на нижние уровни, что становится мотивом для внутреннего объединения целей менеджеров и персонала организации.

Мотивационная теория ожидания В. Врума: он считал, что помимо осознанных потребностей, человеком движет надежда на справедливое вознаграждение.

Человек также должен надеяться, что действительно сможет потребность удовлетворить, благодаря правильно выбранному типу поведения. Большую роль в разработке теории ожидания сыграл Виктор Врум, который ввел понятие валентности.

Валентность – степень привлекательности и приоритетности для человека достижения целей.

Ожидание – представление людей о том, в какой мере их действия приведут к необходимому результату.

Врум определил мотивацию как произведение следующих переменных:

- ожидания того, что усилия дадут желаемые результаты;
- ожидание того, что за достигнутыми результатами последует вознаграждение;
- валентность (ожидаемую ценность вознаграждения).

Чем выше значение каждого из множителей, тем выше мотивация.

Теория справедливости С. Адамса: автор утверждает, что на мотивацию человека влияет справедливость оценки его успехов в сравнении как с предыдущими периодами, так и с достижениями других людей.

Индивидуальные доходы = Доходы других лиц

Индивидуальные затраты = Затраты других лиц

Теория справедливости Стейси Адамса постулирует, что люди субъективно определяют отношение полученного вознаграждения к затраченным усилиям и затем соотносят его с вознаграждением других людей, выполняющих аналогичную работу. Если сравнение показывает

дисбаланс и несправедливость, т.е. человек считает, что его коллега получил за такую же работу большее вознаграждение, то у него возникает психологическое напряжение. В результате необходимо мотивировать этого сотрудника, снять напряжение и для восстановления справедливости исправить дисбаланс.

Положительную роль составляют:

Открытые обсуждения спорных вопросов;

Исключение тайны в отношении величины вознаграждения;

Создание благоприятного морально-психологического климата.

Лидерство – это способность человека оказывать влияние на людей и тем самым направлять их действия для достижения конкретных целей.

Качества лидера составляют: честность, высокий интеллект, способность понимать людей, устойчивость взглядов, уверенность в себе, скромность в быту, эрудированность. В таблице 6.1 представлено сопоставление основных черт лидера и менеджера

Таблица 6.1 – Основные черты лидера и менеджера

Лидер	Менеджер
Инноватор	Администратор
Вдохновляет	Поручает
Работает по своим целям	Работает по целям других
Видение – основа действий	План – основа действий
Полагается на людей	Полагается на систему
Использует эмоции	Использует доводы
Доверяет	Контролирует
Дает импульс движению	Поддерживает движение
Энтузиаст	Профессионал
Превращает решения в реальность	Принимает решения
Делает правильное дело	Делает дело правильно
Обожаем	Уважаем

Менеджмент – это наука, возникшая на базе практического опыта управления, опирается на всю сумму знаний об управлении, накопленных человечеством, и содержит концепции, теории, принципы, способы и формы управления.

Задачи менеджмента, стоящие перед каждой конкретной организацией, определяют стиль управления ею. Фактически стиль управления – это индикатор личности руководителя, который в свою очередь, может быть либералом, демократом или придерживаться авторитарных взглядов.

Стиль руководства – это качественная характеристика деятельности руководителя, способов его воздействия на исполнителей.

Стиль подчинения – это совокупность действий работников, связанных с выполнением задач, поставленных руководителем.

Сравним демократический и либеральный стили руководства (табл. 6.2)

Таблица 6.2 – Стили руководства

Показатель	Демократический стиль руководства	Либеральный или бюрократический
Способ принятия решений	Группой	Индивидами или группой
Способ воздействия на персонал	Предложение	Просьба, уговоры/угрозы
Ответственность	В соответствии с полномочиями	На исполнителях
Инициатива исполнителей	Поощряется и используется	Преобладает
Предпочтительные сотрудники	Квалифицированные	Инициативные, творческие
Отношение руководителя к контактам	Активно поддерживает	Инициативы не проявляет
Отношение к персоналу	Доброжелательное требовательное	Мягкое, нетребовательное
Требования к дисциплине	Разумные	Неопределенные
Способы стимулирования	Экономические	Моральные / силовые
Атмосфера	Свободная	Свободная / произвол
Дисциплина	Высокая	Сознательная / низкая
Интерес к работе	Высокий	Высокий / никакого
Особенности процесса труда	Высокое качество	Творчество / безразличие

/ - «или»

В литературе по менеджменту нет одного, общепризнанного деления менеджеров, но есть много авторских классификаций. Одна из них приводится ниже.

Виды менеджеров:

Менеджер классической школы управления, в своей деятельности опирается на 5 базовых процессов: планирование, организация, управление, координация и контроль. Основное преимущество – это четкая иерархия и порядок внутри компании. Плюсы: Четкое и последовательное мышление, Глубокая проработка проблем и программ развития, Четкая структура компании. Минусы: Отступление от плана неприемлемо ни в какой ситуации, Не может быть эффективным в кризисы, Не приемлет изменений готового плана

Целеустремленный стратег, которому вам важно осознавать, «где компания сейчас», «где компания хочет быть», «как мы собираемся туда прийти». Реализация стратегии – контролируемый и управляемый процесс. Плюсы: стратегия может подвергаться пересмотру, учитывает влияние внешней среды на проект, может передать часть своих функций, чтобы повысить эффективность работы. Минусы: в погоне за целью не всегда видит риски и угрозы, оказывается неспособным к быстрым изменениям в кризисы.

Руководитель с десятью лицами, если совмещает несколько ролей: лидер, координатор, генератор идей, наблюдатель, спикер, медиатор (регулирующий конфликты), распределитель, предприниматель, посредник, воспитатель. Плюсы: активно применяет принцип «обучение в действии», проявляет гибкость и готовность к переменам, выстраивает эффективные коммуникации. Минусы: переоценивает значимость социального и политического контекста, коммуникации замыкает только на себе, совмещение стольких ролей делает неочевидным личную эффективность.

Специалист по политическим рискам, большое внимание уделяет внешним изменениям и понимает их относительную важность, степень влияния на компанию. Плюсы: учитывает влияние внешней среды, предусматривает механизмы преодоления внешних угроз и рисков, чаще всего обладает богатым управленческим опытом. Минусы: ориентирован полностью на внешние коммуникации, не удается установить сильного контакта внутри команды.

Говоря об организационной культуре, имеется в виду моральные, социальные и поведенческие нормы, действующие в организации, основанные на убеждениях, установках и приоритетах ее членов.

Организационная культура в Компании всегда должна выстраиваться в соответствии с принятой стратегией. Формирование и поддержание соответствующей организационной культуры – это задача всей управленческой команды любой Компании. В ее основе лежит философия организации. Поэтому разработку официальной философии Компании следует считать первым шагом на пути создания новой организационной культуры. Философия управления обычно включает три составных элемента: миссию, базовые цели (принципы) и кодекс (корпоративные правила) делового поведения сотрудников. Корпоративные правила формулируются как точное определение того, что следует делать сотрудникам в организации в конкретной уникальной ситуации.

Общепризнано, что корпоративные правила должны считаться законом, обязательным для выполнения.

Основные задачи главного врача как топ-менеджера:

1) принятие управленческих решений для максимизации прибыли клиники;

2) построение достойного лечебного процесса, т. к. это необходимое условие для создания современного стоматологического бизнеса;

3) разработка стратегии развития клиники в условиях рынка и реализация ее на практике, координация структурных подразделений клиники;

4) координация и контроль работы медицинской службы по вопросам междисциплинарного взаимодействия врачей;

5) контроль соблюдения правил работы с медицинской и нормативно-правовой документацией согласно действующему законодательству РФ;

6) разработка медицинских стандартов и стандартов междисциплинарного взаимодействия врачей в клинике.

У главного врача есть заместители, которые:

а) оперативно подчиняются главному врачу;

б) осуществляют руководство эксплуатационной деятельностью;

в) организует обучение медперсонала с целью повышения их квалификации.

Учетные и экономические функции выполняют подразделения, которыми руководят главный бухгалтер и экономист. Все остальные службы и отделы работают согласно должностной инструкции, четко знают свои функциональные обязанности, специализируются в работе. Особое место среди вспомогательных служб занимает кадровая (отдел кадров, специалист по кадрам – в зависимости от размера медицинской организации).

Кадровое делопроизводство – это документация на каждого сотрудника, включая и совместителей.

Документооборот в стоматологической организации содержит (перечень документов, которые должны быть в наличии в медицинской организации обязательно!), так как при проверке могут запросить абсолютно любой из них:

1.1. Личное заявление сотрудника о приеме на работу

1.2. Контракт (гражданско-правовой или трудовой) + все изменения, дополнения (подписанные!) подлинник

1.3. Паспорт гражданина РФ сотрудника копия

1.4. ИНН сотрудника копия

1.5. Пенсионная карточка сотрудника копия

1.6. Диплом об образовании сотрудника копия

1.7. Сертификат специалиста сотрудника (действующий) копия

1.8. Приказ о приеме на работу сотрудника (с подписью сотрудника и датой ознакомления!) подлинник

1.9. Согласие сотрудника на хранение и обработку его персональных данных подлинник

1.10. Трудовая книжка сотрудника (хранить только в сейфе!) подлинник

1.11. Санитарная книжка сотрудника (с действующим допуском!) подлинник

1.12. Должностная инструкция на работника по занимаемой должности (подпись, дата ознакомления) подлинник

Кадровое делопроизводство: документация общая:

1.12. Штатное расписание установленной формы (с подписями и датами ознакомления) подлинник

1.13. Приказ по назначению ответственного за организацию внутреннего контроля качества медпомощи подлинник

1.14. Приказ по назначению ответственного за учет и оборот лекарственных средств и прекурсоров (подлинник)

1.15. Приказ по назначению ответственного за противопожарную безопасность. подлинник

1.16. Приказ по назначению ответственного за охрану труда и технику безопасности. подлинник

1.17. Приказ по назначению ответственного за организацию работы с персональными данными. подлинник

1.18. Приказ по назначению ответственного за организацию работы с опасными отходами. подлинник

1.19. График отпусков сотрудников за текущий и прошедший год (утвержденный работодателем) подлинник

1.20. Правила внутреннего трудового распорядка (утвержденные работодателем) подлинник

1.21. Книга учета движения трудовых книжек подлинник

1.22. Книга приказов по учреждению: прием, увольнение, отпуск, наказания, поощрения и пр. подлинник

1.23. Книга табелей учета рабочего времени за текущий и прошедший год подлинник

1.24. Книга учета расчетных листков выдачи заработной платы сотрудникам подлинник

1.25. Должностная инструкция врача-консультанта, исполнителя медуслуг подлинник

1.26. Должностная инструкция процедурной медицинской сестры подлинник

1.27. Должностная инструкция лаборанта (рентгенлаборанта) подлинник

1.28. Должностная инструкция дежурного (главного) администратора подлинник

1.29. Должностная инструкция на санитарку, технического работника, гардеробщика подлинник

1.30. Должностная инструкция на заместителя директора (зав. отделением) подлинник

1.31. Справочный материал: ФИО сотрудника/домашний тел./рабочий тел./сотовый тел./дом адрес/: таблица

Главные и правоустанавливающие документы предприятия:

2.1. Устав предприятия подлинник

2.2. ИНН предприятия копия

2.3. ОГРН предприятия копия

2.4. Лицензия предприятия действующая подлинник

2.5. Санитарно-эпидемиологическое заключение подлинник

2.6. Договор франшизы предприятия с группой «***» (если есть франшиза) подлинник

2.7. Документы на право (аренды) собственности занимаемого помещения подлинники

2.8. Контракт с директором предприятия подлинник

2.9. Приказ о назначении директора предприятия (или протокол решения собственников) подлинник

2.10. Паспорт директора предприятия копия

2.11. Диплом об образовании директора предприятия копия

2.12. Сертификат специалиста директора предприятия (действующий) копия

2.12. Удостоверение директора предприятия на право проведения вводных инструктажей по ТБ действующее

2.13. План всего занимаемого (арендуемого) помещения, выкопировка из общего плана копия

2.14. Документ постановки на налоговый учёт контрольно-кассового механизма (ККМ) подлинник

2.15. Приказы о назначении ответственных (№ 1.13, 1.14, 1.15, 1.16, 1.17, 1.18) копии

2.16. Книга (жалоб) отзывов и предложений (прошнурована, пронумерована, синяя печать) – ресепшн! подлинник

2.17. Журнал учета проверок юридического лица (заполнять при любой проверке) подлинник

Медсестринское дело: работа с отходами, санитарно-эпидемиологический надзор:

3.1. Договор на оказание услуг по приему и утилизацию ртутьсодержащих ламп и приборов подлинник

3.2. Договор на сбор, транспортировку и обезвреживание медотходов класса опасности «Б» подлинник

3.3. Договор на оказание услуг по приему и утилизации твердых бытовых отходов подлинник

3.4. Договор на услуги по стирке белья, спецодежды подлинник

3.5. Договор на проведение производственно-лабораторного контроля с местной СЭС подлинник

3.6. Договор на проведение работ по дезинсекции и дератизации подлинник

3.7. Схема эвакуации опасных отходов (с пояснительной запиской: какие? сколько? как? кто? куда?) подлинник

3.8. Санитарно-эпидемиологические заключения из СЭС на смывы в процедурном кабинете одно в три месяца

3.9 Журнал генеральных уборок помещений (по кабинетам) подлинник

3.10. Журнал бактерицидной обработки помещений (по кабинетам) подлинник

3.11. Журнал размораживания (уборки) и температурного режима холодильников подлинник

3.12. Журнал замены дезсредств (каждые три месяца надо старое менять на новое средство!) подлинник

3.13. Журнал учета используемых препаратов с указанием срока годности (спирт храниться в сейфе!) подлинник

3.14. График работы процедурного кабинета (часы, перерывы на режим обработки и уборки) табличка на дверь

Медсестринское дело: экстренная помощь:

3.15. Алгоритмы оказания медпомощи (посиндромные) напечатанные листки-инструкции в каждую укладку

3.16. Инструкция медпомощи при отравлении дезсредствами + ведомость ознакомления подлинник

3.17. Инструкция по экстренной профилактике гепатитов и ВИЧ + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

3.18. Инструкции по приготовлению и применению используемых дезрастворов подлинники

Внутренние (локальные) документы предприятия:

4.1. Положение о внутреннем контроле качества клиники. подлинник

4.2. Протоколы комиссии по внутреннему контролю качества (заполнять ежемесячно!) подлинники

4.3. Акты экспертиз качества оказанной медицинской помощи (заполнять ежемесячно!) подлинники

4.4. Материал по анкетированию пациентов -анкеты обратной связи (собирать ежемесячно!) подлинники

4.5. Договор на оказание платных медицинских услуг (все применяемые формы) бланк-образец

4.6. Информированное согласие пациента (все применяемые формы) бланк-образец

4.7. Согласие пациента/сотрудника на хранение и обработку персональных данных бланк-образец

4.8. Расписание работы врачей и всех служб (+ архив за год) действующее!

4.9. Прейскурант платных медицинских услуг (утвержденный, заверенный уполномоченным лицом!) действующий!

4.10. Амбулаторная карта/направление на исследование/заключение исследования/анкета бланки

4.11. Порядок оказания услуг пациентам на предприятии (внутреннее утвержденное Положение!) подлинник

4.12. «Порядки и стандарты оказания медицинской помощи при *-заболеваниях» отдельная папка

4.13. «Порядки и стандарты оказания медицинской помощи при *-заболеваниях» отдельная папка

4.16. План эвакуации при пожаре (цветная схема, согласованная, утвержденная) по кабинетам

4.17. Должностные инструкции врачей, выполняющих медуслуги (по специальностям) подлинники

4.18. Должностные инструкции среднего медперсонал (по специальностям) подлинники

4.19. Должностные инструкции лаборантов (по специальностям) подлинники

4.20. Должностная инструкция администратора (+главного администратора) подлинник

4.21. Должностные инструкции технического персонала (по специальностям) подлинники

4.22. Книга отзывов и предложений (прошнурована, пронумерована, синяя печать, подписана!) на ресепшне!

4.23. Объявления, информационные материалы по информированию потребителей (стенды, сайт) копии

Охрана труда и техника безопасности:

5.1. Журнал по вводному инструктажу + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

5.2. Инструкция по охране труда медсестры/лаборанта + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

5.3. Инструкция по оказанию неотложной помощи + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

5.4. Инструкция по электробезопасности + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

5.6. Инструкция по пожарной безопасности + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

5.7. Инструкция по охране труда администратора клиники + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

5.8. Инструкция по действиям при чрезвычайных ситуациях, терактах и авариях + ведомость подлинник

5.9. Инструкция по охране труда врача + ведомость ознакомления сотрудников подлинник

5.10. Приказ по назначению ответственного за охрану труда и технику безопасности. копия

Оборудование, аппаратура, расходные материалы, медикаменты:

6.1. Договор с организацией на обслуживание медицинского оборудования (+ее действ. лицензия) подлинник

6.2. Бухгалтерская оборотная ведомость учета оборудования стоящего на балансе подлинник

6.3. Документы, подтверждающие покупку оборудования (чеки, счета, договора поставки) подлинники

6.4. Документы, подтверждающие поверку измерительного оборудования подлинники

6.5. Технический паспорт, регистрационное удостоверение на каждый прибор, аппарат копии

6.6. Регистрационный номер прибора в «спецрегистре» на разрешение применения его в России смотреть интернет

6.7. Документы на дезсредства, расходные вещества (паспорта, сертификаты) копии

Документация по проверкам Роскомнадзора:

7.1. Утвержденный список лиц, имеющих право на работу с персональными данными (+ведомость) подлинник

7.2. Утвержденный образец согласия работника на хранение и обработку его персональных данных бланк

7.3. Утвержденное внутреннее Положение о защите персональных данных подлинник

7.4. Утвержденные внутренние Правила работы с персональными данными подлинник

7.5. Приказ по назначению ответственного за организацию работы с персональными данными. подлинник

7.6. Договор с пациентом, содержащий пункт о его согласии на хранение и обработку персон. данных бланк

7.7. Утвержденный образец согласия пациента (если отсутствует позиция № 7.6.) бланк

Договорные отношения:

8.1. Договор на оказание коммунальных услуг; поставка электроэнергии, водоснабжения подлинник

8.2. Договор на оказание услуг по обслуживанию пожарно-охранной сигнализации подлинник

8.3. Договор на обслуживание системы вентиляции и кондиционирования подлинник

8.4. Договор на право выполнения медуслуг со страховыми компаниями (ДМС) подлинник

8.5. Договор на право выполнения медуслуг по программе Госгарантий (ТФОМС) подлинник

8.6. Договор на оказание услуг телефонной связи, интернета, обслуживание сайта подлинник

8.7. Договора на оказание медуслуг юридическим лицам подлинник

8.8. Договор с банком подлинник

Одним из способов, с помощью которого руководство обеспечивает единое направление усилий всех членов организации к достижению её общих целей является планирование. Функция планирования означает выработку и принятие определённого постановления, письменного или устного, в котором перед объектом управления будет поставлена та или иная цель, задача. С данной функции начинается процесс управления, от её качества зависит успех организации.

SWOT-анализ – метод стратегического планирования, заключающийся в выявлении факторов внутренней и внешней среды организации и разделении их на четыре категории: Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы).

Первые две категории SWOT-анализа – strengths и weaknesses описывают предприятие изнутри, а две вторые – opportunities и threats описывают внешнюю среду для предприятия.

Поскольку SWOT-анализ в общем виде не содержит экономических категорий, его можно применять к любым организациям, отдельным людям и странам для построения стратегий в самых различных областях деятельности.

Шаг первый: определите сильные и слабые стороны продукта

Шаг второй: определите угрозы и возможности для роста бизнеса

Шаг третий: составление таблицы SWOT анализа

Шаг четвертый: подготовка выводов

Он используется для прояснения сильных и слабых сторон, возможностей и рисков в стратегическом планировании.

Сильные стороны:

Квалифицированные кадры врачей-стоматологов

Опыт организации стоматологических услуг в муниципальных учреждениях

Оказание помощи в рамках программы ТФОМС.

Слабые стороны:

Превышение фактической мощности над плановой.

Увеличение потока пациентов.

Выраженное превышение функции врачебной должности.

Слабая материально-техническая база.

Дефицит производственных площадей.

Значительный износ стоматологического оборудования

Недостаточная конкурентоспособность с частными стоматологическими клиниками.

Несоответствие фактического финансирования плановому

Низкая культура медицинского обслуживания.

Благоприятные возможности:

Наличие стоматологического факультета в КГМУ

Использование платных медицинских услуг для укрепления материально-технической базы и мотивации персонала.

Консультативная помощь со стороны кафедр стоматологического профиля КГМУ и КГМА

Оснащение стоматологических поликлиник современным оборудованием.

Угрозы:

Отсутствие в программе госгарантий оказания мед. помощи населению, научно обоснованного перечня инструментария и расходных материалов для стоматологической помощи.

Рост частоты заболеваний зубов и полости рта.

Отсутствие профилактической направленности в деятельности поликлиник.

Низкая стоматологическая культура населения

Отсутствие выраженной мотивации поддерживать стоматологическое здоровье.

Тема 7. Бизнес-модели стоматологической организации

Цель занятия: Рассмотреть понятие «бизнес-модель». Сформировать представление способах разработки бизнес-моделей. Развить представления о бизнес-процессах, осуществляемых руководителями клиник. Изучить возможности лизинга стоматологии.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Понятие бизнес-модели организации.
2. Критерии оценки эффективности организации.
3. Задачи компании для удовлетворения потребителя качественными услугами.
4. Характеристика процессного подхода к управлению компанией.
5. Определение IDEF-стандартов, понятие IDEF0-методологии.
6. Понятие бизнес-плана, основные этапы составления.
7. Лизинг – определение, его основные черты и особенности, преимущества и недостатки.
8. Бенчмаркинг – определение, основные характеристики.

Перед открытием стоматологической организации следует тщательно проработать бизнес-план будущей клиники. Правильно составленный бизнес-план - залог того, что ваше предприятие будет успешно развиваться.

«Бизнес-план – это своего рода репетиция, шанс осознать возможные проблемы, не потеряв при этом денег» – Майк Маккивер, автор книги «Как написать бизнес-план».

В структуре бизнес-плана выделяют несколько разделов:

Титульный лист содержит название компании, адрес, телефонный номер и контактная информация всех учредителей, а также оглавление по всему документу. Объем бизнес-плана не должен превышать 30-40 страниц вместе со всеми необходимыми приложениями.

Во *введении* не более чем на двух страницах перечисляется в чем ценность проекта: чем будет заниматься компания, какую прибыль иметь и почему люди захотят платить за продукт или услугу. Чтобы выделить суть, нужно представлять себе картину в целом, поэтому к этой части иногда приступают после завершения всего плана.

Далее анализируют *возможности рынка*, где нужно ответить на несколько ключевых вопросов. Насколько велик рынок? Как быстро он растет? Каковы возможности роста и потенциальные угрозы? Как с ними справляться?

Большую часть этой информации можно найти через отраслевые сайты и СМИ, официальную статистику, отчеты аналитиков и даже у других бизнесменов.

При написании обзора рынка важно не заблуждаться, создаваемое предприятие не уникально. Нужно взглянуть трезвым взглядом и оценить

соперников. Кто они? Что продают? Какую часть рынка занимают? Почему покупатели предпочтут ваш товар или услугу, а не их? Какие препятствия могут возникнуть при выходе на данный рынок? Не стоит забывать про косвенных конкурентов, которые пока работают в другом сегменте, но располагают аналогичными возможностями и могут составить вам конкуренцию позже.

Бизнес-модель - этот раздел включает подробное описание всех источников дохода (продажа продукта, услуги) и структуры издержек компании (фонд оплаты труда, аренда, эксплуатационные расходы). По сути этот раздел – производственный план будущей фирмы.

В разделе *Финансовые показатели* и прогнозы предоставляется анализ, который показывает, как скоро окупятся стартовые вложения

Дальше следует описать *риски*, чтобы узнать, как с ними справится предприятие. Прорабатываются возможные сценарии: худший, лучший и средний.

Источники средств и их использование. В этом разделе нужно указать предполагаемые расходы на запуск: помещение, покупка нового оборудования, дизайн логотипа компании и т. д.

Заключительный раздел – *Приложения*. Хороший бизнес-план лишь бегло описывает основы предприятия, поэтому в конце нужно приложить все необходимые документы. Сюда могут входить резюме, сведения о кредитоспособности, обзор рынка, схемы, план продвижения, копии договоров, в том числе об аренде, гарантийные письма от будущих клиентов, свидетельства о регистрации патента и товарного знака, соглашения о партнерстве, свидетельство о регистрации фирмы.

Примерный перечень вопросов для отражения в Кратком резюме бизнес-плана:

Производством и реализацией какого товара (оказанием каких услуг) будет заниматься Ваше предприятие?

Кто будет Вашим покупателем?

Каким будет объем продаж (выручка от реализации) за первый год работы?

Какова сумма всех затрат на реализацию проекта?

Какова организационно - правовая форма предприятия (ООО, ИП или ОАО)?

Сколько будет привлечено наемных работников?

Какой потребуется объем финансирования для реализации проекта?

Каковы источники финансирования проекта?

Виды товаров и услуг: перечень вопросов:

Какой именно товар (или услугу) Вы предложите покупателям?

Какие потребности будет удовлетворять данный товар или данная услуга?

Насколько тщательно разработана Ваша продукция? Есть ли у Вас патент на эту продукцию? Имеете ли Вы уже опыт производства и реализации этой продукции?

В каких сферах ее можно использовать?

В чем состоит преимущество и уникальность Вашего товара (услуги) с точки зрения потенциального покупателя? В чем ваше Уникальное Торговое Предложение (УТП)?

Почему покупатели отдадут предпочтения именно Вашему товару (услуге)?

Какие недостатки может иметь Ваш товар (услуга), и как Вы будете пытаться их преодолевать?

Какие характеристики делают Ваш продукт уникальным?

Как Ваши товары или услуги будут доходить до потребителя?

Где (в каком районе?) живут Ваши будущие покупатели?

Кто будущий покупатель Ваших товаров? (возраст, пол, социальное положение, род занятий, уровень доходов и т.д.)

Какими соображениями Вы руководствовались при выборе той или иной группы покупателей (рыночного сегмента), которых заинтересует Ваш товар?

По какой цене сейчас покупают аналогичный товар?

Насколько изменчив спрос на данные товары (услуги)?

Какие из фирм - конкурентов работают в Ваших рыночных сегментах?

Кто из них производит аналогичные Вашим товары или услуги?

Что представляет из себя их продукция - ее отличительные особенности, дизайн и т.д.?

Каков уровень цен на товары (услуги) Ваших конкурентов?

Каким образом конкуренты находят своих покупателей - реклама, каналы сбыта, другие формы продвижения?

Какая из фирм - конкурентов расположена по соседству?

Как развивается бизнес у Ваших конкурентов? В чем причины происходящих изменений: наращивания или снижения объемов, расширения или сужения ассортимента, роста или сокращения персонала?

Какие Ваши товары (услуги) будут иметь конкурентные преимущества перед другими производителями аналогичных товаров (услуг)?

Как покупатели узнают о Вашей продукции?

Сколько денег Вы предполагаете выделить на рекламу?

Как Вы будете продавать свой товар (услугу)?

- Цена товара может определяться исходя из следующих условий:
- Цены конкурентов на аналогичный товар или товары - заменители
- Цены, определяемые спросом на данный товар
- Себестоимость продукции + целевая прибыль

Уникальные качества товара (услуги) или уникальное торговое предложение (УТП).

УТП — это отличие от конкурентов, от других клиник. Но не ЛЮБОЕ отличие. Это предложение, которое представляет понятную ценность для клиента. Это отличие, выгодное в глазах потребителя.

УТП позволяет привлечь новых пациентов, повысить средний чек клиники, увеличить количество повторных продаж и снизить зависимость руководителя от «звездного» персонала. Если клиника не имеет четко сформулированного УТП, руководитель расплачивается за его отсутствие крупными затратами на рекламу, большими скидками для пациентов, зависимостью от купонных сервисов и «звездного» персонала.

Возвращаясь к бизнес-плану: также, важно определить насколько правильно выбрано месторасположение предприятия, исходя из близости к клиентам, поставщикам сырья, доступности рабочей силы, транспорта?

Какие потребуются производственные мощности: помещение, оборудование, сырье, энергоносители? Где, у кого и на каких условиях будет закупаться сырье? Какова репутация этих поставщиков и есть ли уже опыт работы с ними?

Предполагается ли производственная кооперация, с кем, в какой области?

Каким будет режим работы Вашего предприятия?

Определение источников финансирования.

Бизнес-план, в конечном счете, должен дать правильный ответ на такие важные вопросы рыночных отношений, как возможная стоимость проекта и планируемые доходы. В соответствии с принятой идеологией, для реализации стратегических установок и решения вопросов текущей деятельности, организации нужны механизмы (инструменты) и, прежде всего, управленческие. Поэтому следующим нашим шагом является рассмотрение вопросов организационного проектирования в Компании.

Целью этой важнейшей функции, по большому счету, является создание **бизнес-модели** организации. Цель, безусловно, стратегическая, поскольку речь идет о создании оптимальной модели. И ее можно достичь, лишь разобравшись с вопросами:

Что такое бизнес-модель Компании?

В каком виде она нужна для стоматологической организации?

Какие существуют механизмы создания гармоничной бизнес-модели?

Собственно, ответы на поставленные вопросы должна искать каждая организация индивидуально, с учетом ее специфики, опираясь на известные методические разработки и свой собственный опыт. А рекомендаций по данному вопросу предостаточно, равно как фирм-консультантов по бизнес-консалтингу. Трудность здесь, пожалуй, заключается не столько в получении информации, сколько в способности менеджеров конкретной организации адаптировать и преобразовать ее в действенный инструмент решения поставленной задачи.

Под **бизнес-моделью** обычно понимают всю совокупность способов ведения бизнеса в Компании, правил ведения этого бизнеса, лежащих в основе стратегии Компании, а также критериев определения деловых показателей. В бизнес-модель компании включаются все деловые функции и все функциональные взаимоотношения внутри организации. Сюда входят и частные структуры – финансовая модель, организационная модель, модель сбыта продукции (услуг), клиентская модель, производственная модель, модель распространения, модель снабжения и т.д. В результате возникают сложные взаимосвязи и взаимодействия между этими моделями и даже компонентами внутри них.

Бизнес-модель рассматривает клинику не как лечебное учреждение, а как предприятие по зарабатыванию денег. Вы расписываете все каналы прихода денег и все каналы расхода денег. Если вы упустите из виду любой элемент затрат, то очень быстро клиника обанкротится.

Например, вы решаете вопрос выбора оборудования. Как много следует потратить? Решение этого вопроса в отрыве от бизнес-модели бессмысленно. Если вы делаете клинику премиум-сегмента, то вам нецелесообразно рассматривать дешевое оборудование.

И, наоборот, открывая небольшой кабинет, нет смысла тратить деньги на оборудование класса люкс.

Если вы нанимаете персонал, но не прописываете четко инструкции, то столкнетесь с тем, что неприятные дела никто делать не будет. Поэтому, в частности, у вас не будет точного и своевременного ведения отчетности, что приведет к неучтенным расходам и может свести на нет всю прибыль.

Существует **4 основных способа** разработки бизнес-моделей. Они перечислены в порядке **убывания** уровня эффективности построения и использования бизнес-моделей.

- 1) Самый эффективный - в нотации (правилах) специализированного программного продукта бизнес-моделирования: комбинация таких элементов как графики, таблиц и текста.
- 2) Графический: дерево, блок-схема, технологическая карта и т.п.
- 3) Табличный
- 4) Текстовый

Основные виды бизнес-моделей, которые разрабатываются в организациях:

- дерево (иерархический список) бизнес-процессов
- графические модели бизнес-процессов;
- модель организационной структуры
- модели целей и показателей (стратегические карты BSC / KPI);
- модели библиотеки документов (дерево документов), модели информационных систем (системная архитектура)
- модели продуктов и услуг
- модели по менеджменту качества и многое другое.

Модель организации базируется на ее представлении как открытой социально-экономической системы. Понятий системы существует достаточно много, и все они справедливо отражают ее ту или иную грань. По определению акад. А.И. Берга, система представляет собой абстрактный (языковой) аналог (модель) реального объекта или явления, но в то же время “она не то же самое, что объект. Система – это то, что нам нужно знать о данном объекте, чтобы решить какую-то конкретную задачу исследования, планирования и управления”.

Гармоничная бизнес-модель стоматологической организации – это гармоничное сочетание целей компании, системы управления, портфеля услуг, систем взаимодействия с потребителями услуг и контрагентами и принципами организации предоставления медицинских услуг. Представленная схема является достаточно общей и ее можно рассматривать как своеобразный трафарет организационного проектирования для любой компании. На основе миссии компании намечаются корпоративные цели, касающиеся роста и интеграции бизнесов. Цели владельцев бизнеса являются одними из основных параметров бизнес-модели компании. Они оказывают существенное влияние на остальные параметры. Желаем ли мы иметь стоматологический кабинет или клинику на несколько стоматологических установок, сеть однопрофильных клиник или заниматься диверсифицированным бизнесом в рамках медицинского рынка, определит нашу стратегию развития, систему привлечения пациентов, закупок, организацию производства услуг и т. д.

Размер компании позволяет судить о ее бизнесе. Действительно, взглянув на оборот, количество клиник и людей, работающих в организации, можно создать представление о бизнесе компании, делать гипотезы относительно сложности бизнеса, динамики развития, эффективности работы. Размер компании является объективным показателем того, что используемые управленческие инициативы эффективны. При разработке стратегий в области отдельных бизнесов и ресурсов уточняется предназначение компании, роль в удовлетворении социально значимых потребностей рынка. Это позволяет сформировать бизнес-потенциал – комплекс видов коммерческой деятельности, предназначенный для удовлетворения указанных потребностей. Одновременно выясняется необходимость и база партнерских отношений для обеспечения качественного обслуживания Пациентов.

Бизнес-модель №1: Мини-клиника

Больше половины существующих стоматологических клиник состоят из одного-двух кабинетов, которые ютятся в небольших помещениях на первых этажах жилых зданий. В результате — это самый нестабильный сегмент рынка. Они не имеют возможности обеспечить устойчивый поток пациентов, поэтому вынуждены экономить буквально на всем. Это не дает им возможности грамотно построить маркетинговую кампанию, вести автоматизированный учет пациентов.

Бизнес-модель №2: Клиника полного цикла

Клиника полного цикла включает следующие кабинеты: терапия, хирургия, ортопедия, зубопротезную лабораторию и рентгеновский кабинет.

В терапевтическом кабинете производится лечение зубов, в хирургическом удаляют зубы, в ортопедическом ставят коронки. Когда пациент приходит в клинику, то ожидает получить полное решение своей проблемы. Ему совершенно не нравятся, когда ему говорят: «Сделайте снимки в здании напротив, а ортопедией мы не занимаемся».

Бизнес-модель №3: Специализированная клиника

Специализированная клиника выбирает один или два вида услуг, но уже делает их на более высоком уровне и на специализированном оборудовании. Это может быть детская стоматология, зуботехническая клиника, эстетическая стоматология, стоматология для беременных и т.д. Преимущества специализированных клиник в том, что они сразу выделяются на фоне однотипных конкурентов. Подобные клиники можно открывать даже при наличии множества клиник поблизости, при этом совершенно спокойно устанавливая более высокие цены.

Для специализированных клиник легче делать рекламу и проводить специальные акции. Как правило, они лучше запоминаются пациентами, потому что имеют яркие отличительные особенности.

Бизнес-модель №4: Универсальная клиника

Универсальная клиника отличается комплексным подходом к стоматологии. Здесь пациенту оказывают все виды услуг, связанных с зубами:

- Лечение зубов (терапия, хирургия, ортопедия, детский прием)
- Восстановление зубов (ортопедия, ортодонтия, имплантация)
- Профилактика (снятие зубных отложений, полировка зубов)
- Эстетическая стоматология

Такая клиника требует значительных инвестиций, поэтому срок ее окупаемости значительно выше. С другой стороны, универсальная клиника — это самый стабильный сегмент рынка. Несмотря на то, что могут быть колебания спроса на отдельные виды услуг, но клиника в целом будет всегда приносить доход.

Существенный недостаток универсальной клиники только один. Такого рода клиники можно размещать только в центральной части города или рядом с крупными пассажиропотоками: выходами из метро, остановками наземного транспорта. Постоянный поток пациентов возможен, только если до клиники удобно добираться. Важное значение имеет наличие парковки.

Бизнес-модель №5: Сеть клиник. Крупный стоматологический бизнес — это уже не столько стоматология, сколько бизнес. Стоматологический бизнес пока находится на ранней стадии своего развития, поэтому сетевых клиник немного. Но с ростом и развитием рынка будет происходить то же самое, что произошло с продуктовыми магазинами. Те из них, которые

удачно попали в свою нишу, остались. Все прочие были скуплены сетевиками.

Преимущества сети очевидны. С одной стороны, отдельная клиника может находиться в любом месте. Узнаваемый бренд способствует тому, что пациенты выбирают эту клинику, справедливо рассчитывая на высокий уровень оказываемых услуг.

С другой стороны, крупные затраты на рекламу и маркетинг бренда равномерно распределяются по всей сети.

Кроме того, единое централизованное снабжение расходными материалами и общие для всей сети затраты на привлечение и подготовку кадров значительно снижают общую себестоимость услуг. Это, в свою очередь, означает, что сеть может закупать более дорогое оборудование и оказывать более качественные услуги.

Бизнес-потенциал, с учетом выбранных целей и стратегий, определяет функционал компании, т. е. перечень бизнес-функций и функций менеджмента, которые требуются для поддержания указанных видов коммерческой деятельности. Выявляются необходимые для этого ресурсы (материальные, человеческие, информационные) и структура Компании. Как известно, одна и та же организация может быть представлена:

- как организационная структура;
- сеть процессов, из которых состоит деятельность организации;
- совокупность и структура информации, которая создается и обрабатывается в процессе функционирования организации;
- инфраструктура (территории, здания, сооружения, коммуникации);
- и т. д.

К числу критериев оценки эффективности организации можно отнести:

- продуктивность (способность производить такое количество услуг, которое соответствует спросу);
- качество предоставляемых услуг (соответствие характеристик услуг запросам целевых Потребителей и внутрифирменным стандартам);
- экономичность (минимальные удельные вложения ресурсов);
- гибкость (по внедрению новых услуг, в изменении технологий, в изменениях самой организации);
- удовлетворённость персонала и его лояльность к компании;
- конкурентоспособность (сила компании по отношению к конкурентам);
- развитие (прогрессивная динамика).

В целом, организационную культуру стоматологической организации, как и другой любой компании, можно представить в виде сочетания организационно-функциональной и процессной моделей.

Развитие (детализация) организационно-функциональной модели происходит на втором этапе – этапе процессного описания компании. Отвечая на вопросы: “как?”, “когда?” (“в какой последовательности?”),

“кому?”, эта модель описывает последовательное во времени преобразование материальных и информационных потоков в организации.

По сути – это описание “горизонтальной” интеграции отдельных операций сначала (на верхнем уровне) по логике взаимодействия исполнителей, а затем (на нижнем уровне) – по технологии. Выполняемая на этом этапе работа – это шаг к более “тонкому” процессно-целевому описанию Компании. Именно на этом этапе выбранные ранее ключевые для бизнеса функции подлежат детальному описанию на нижнем уровне в виде потоковых моделей процессов.

Цели – конкретные конечные желаемые результаты, которых стремится достичь коллектив подразделения, в процессе совместной деятельности.

Задача – комплекс действий подразделения, требуемых для выполнения целей, стоящих перед структурным подразделением, например, клиникой.

Функция – совокупность действий, выполняемых с целью решения конкретной задачи. Одновременно, функция – это направление деятельности элемента организационной структуры, представляющее собой совокупность однородных операций, выполняемых на однородной основе.

Процесс – последовательность действий, которые создают дополнительные ценности путем преобразования с помощью ресурсов входящих элементов в требуемые выходящие. В этом контексте **бизнес-процесс** представляет совокупность процессов (операций, действий) и взаимодействий между ними, результатом (выходом) которых является продукция и /или услуги, поставляемые потребителям, а входами – материальные, информационные и трудовые ресурсы, поставляемые внешними поставщиками.

Бизнес-процессы могут быть разного масштаба: масштаба компании – в него вовлечены работники нескольких подразделений, бизнес-процесс может не выходить за рамки отдела или клиники и т.п. Внутри одного бизнес-процесса часть составляющих его технологических и организационно-деловых процессов может быть организована в отдельный вложенный бизнес-процесс меньшего масштаба (субпроцесс/подпроцесс). Отдельные технологические и организационно-деловые процессы могут раскладываться на операции (законченные части процесса, выполняемые на одном рабочем месте и т.д.).

Концепция бизнес-процессов позволяет по-новому взглянуть на работу компании, уточнить и возможно перераспределить обязанности (роли) работников, оценить эффективность использования ресурсов, увидеть недостатки, искусно скрытые в организационной структуре. В процессе жизнедеятельности бизнес-системы за счет выполнения бизнес-процессов осуществляется достижение определенной совокупности целей. В общем случае она имеет иерархический вид (“дерево целей”), и каждая цель имеет свой вес и критерий (количественный или качественный) достижимости.

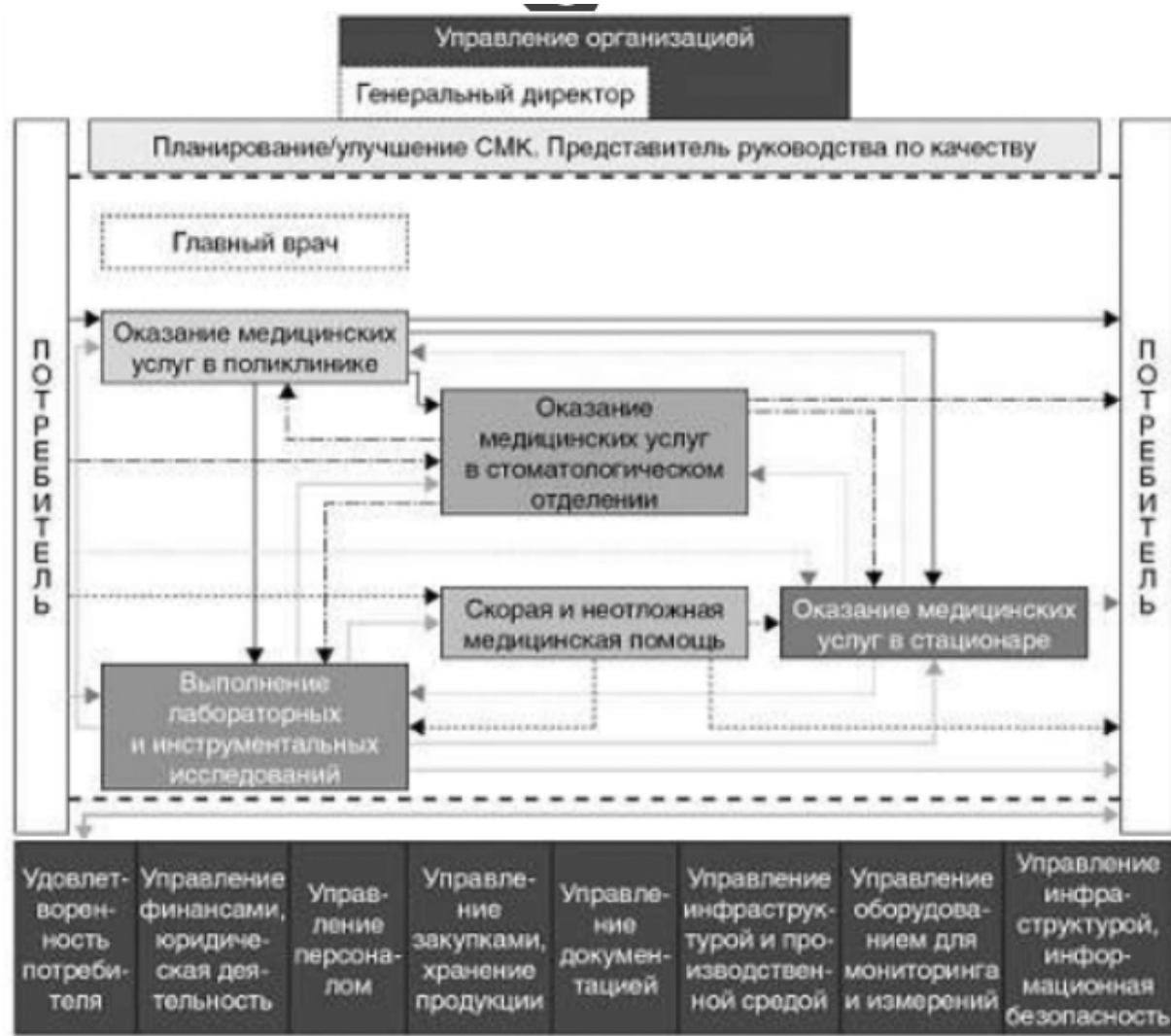


Рис. 7.0. Схема бизнес-процессов медицинской организации

Сегодня в стоматологических организациях доминирует применение структурного подхода к организации и управлению финансово-хозяйственной деятельностью. Структурный подход основан на использовании различных типов организационной структуры компании, как правило, иерархической. В этом случае, организация и управление деятельностью стоматологической организации осуществляется по структурным элементам (департаментам, отделам, клиникам, кабинетам и т.п.), а их взаимодействие — через должностных лиц (директоров департаментов, начальников отделов, руководителей клиник и т.д.) и организационные звенья более высокого уровня (рис. 7.1).

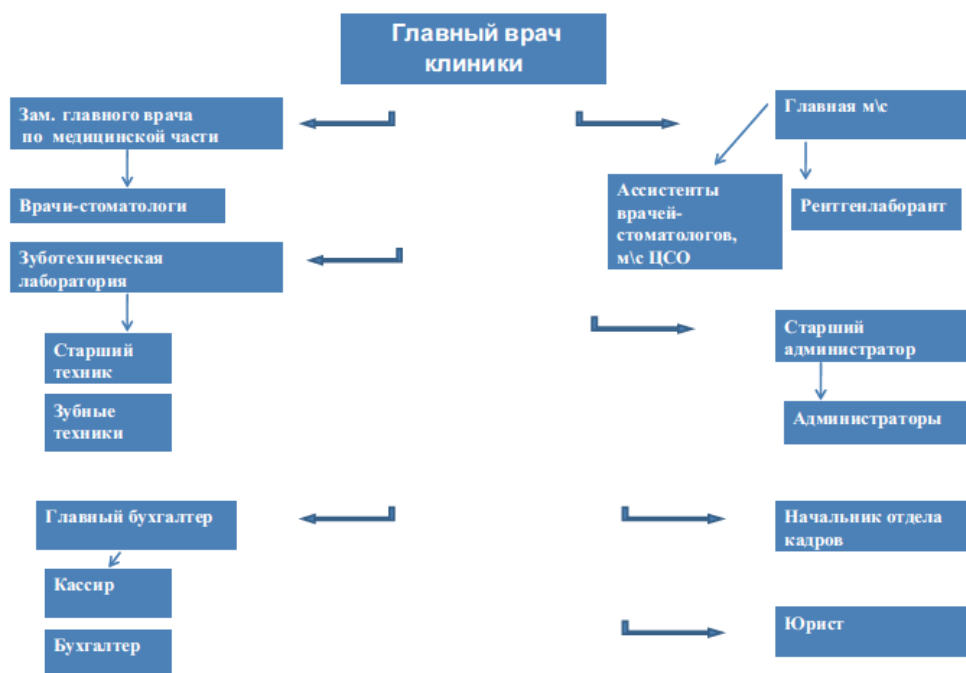


Рисунок 7.1. Структурная модель медицинской клиники с небольшой численностью персонала

Опыт работы многих организаций, особенно немедицинского профиля, позволил установить недостатки, характерные для данного подхода.

К их числу, обычно, относят:

- разбиение технологий выполнения работы на отдельные, как правило, не связанные между собой фрагменты, которые реализуются разными элементами организационной структуры;
- отсутствие цельного описания технологий выполнения работы. В лучшем случае существует только фрагментарная (на уровне структурных элементов) и то не совсем актуальная формализация технологий в виде соответствующих документов;
- отсутствие ответственного должностного лица или организационного звена за конечный результат и контроля над технологией в целом, а также ориентации на клиента (внешнего или внутреннего);
- отсутствие ориентации на внешнего клиента, а также внутренних Потребителей промежуточных результатов деятельности;
- высокие накладные расходы, как правило, непонятно откуда появляющиеся;
- неэффективность информационной поддержки, обусловленная наличием “лоскутной” автоматизацией деятельности отдельных структурных элементов и неудачными попытками внедрения корпоративных информационных систем.

Понятие структуры охватывает лишь статичное представление системы.

По-иному обстоит дело при **процессном** подходе. Он ориентирован, в первую очередь, не на организационную структуру Компании, а на бизнес-процессы, конечными целями выполнения которых, является создание продуктов или услуг, представляющих ценность для внешних или внутренних Потребителей. **Бизнес-процесс** для стоматологической организации представляет собой непрерывную серию задач, решение которых осуществляется с целью создания результата, спрос на который предъявляют Пациенты и внутренние Потребители. Процессный подход подводит к необходимости перехода на так называемую “тощую” ресурсосберегающую организационную структуру. Это означает, что **эффективная** бизнес-модель Компании является продуктом **оптимального сочетания структурного и процессного подходов**. Основными чертами такой реорганизации являются:

- широкое делегирование полномочий и ответственности исполнителям;
- сокращение количества уровней принятия решения;
- сочетание принципа целевого управления с групповой организацией труда;
- повышенное внимание к вопросам обеспечения качества продукции или услуг, а также работы организации в целом;
- автоматизация технологий выполнения бизнес-процессов.

В результате наделения исполнителей большими полномочиями увеличивается их роль, самостоятельность и как следствие – отдача, удовлетворенность трудом. Руководители, в свою очередь, освобождаются от “текучки”, решения “вчерашних” вопросов и сосредотачиваются на стратегических, системных вопросах. Одновременно, процессный подход приводит организацию к **бенчмаркингу**, предназначение которого – исследование деятельности, услуг и изделий родственных Компаний с целью совершенствования собственных деятельности и услуг. С помощью бенчмаркинга частная стоматология имеет возможность определить свое положение относительно конкурентов на местном стоматологическом рынке.

Бенчмаркинг – это процесс сравнения своей деятельности с лучшими компаниями на рынке и в отрасли с последующей реализацией изменений у себя, переняв привлекательные бизнес-процессы, для достижения и сохранения конкурентоспособности.

Систематическое использование бенчмаркинга на практике началось в 1980-е годы. Пионером в этой области часто называют компанию Херох. Столкнувшись с зарубежным конкурентом, который по многим показателям демонстрировал более высокую производительность, руководители Херох решили выяснить источники такого конкурентного преимущества, чтобы скопировать или даже превзойти их. Поставленная задача была разбита на отдельные части, чтобы найти ответ на следующие вопросы:

Какая компания является наилучшей с точки зрения продукции, услуг и процессов?

Как эта компания добилась такого успеха?

Поставленная задача просто состояла в том, чтобы найти самых лучших и извлечь уроки из их опыта. Сегодня эти два вопроса продолжают оставаться основой бенчмаркинга.

В последующие годы другие компании стали использовать аналогичные методы работы, расширили область применения бенчмаркинга и доработали его методологию.

В процессе бенчмаркинга сравниваются: услуги или продукт, финансовые показатели, бизнес-процессы, стратегии.

Известно, что независимо от масштаба организации, если она намерена расти и развиваться, ей предстоит период администрирования. В течение этого периода руководителю необходимо сформировать и описать основные бизнес-процессы организации. В противном случае, при отсутствии стандартов, критериев и алгоритмов работы, она «захлебнется» в потоке проблем и ошибок, текучке кадров, неминуемо ведущих к потере клиентов.

Следовательно, первым шагом в этом направлении должна быть идентификация всех процессов, реализуемых в организации. Составление перечня процессов позволяет по-новому взглянуть на организацию, ее деятельность и управление. Процессы должны быть действительно кросс-функциональными и являться процессами высокого уровня, а не детализированными видами работ. Следующий шаг – классификация выделенных процессов. Как правило, основу для **классификации бизнес-процессов составляют четыре базовых категории**:

- основные бизнес-процессы ;
- обеспечивающие бизнес-процессы ;
- бизнес-процессы развития ;
- бизнес-процессы управления .

Основные процессы – процессы, в результате которых производятся услуги (продукты) для Потребителя и которые создают прямую ценность для Потребителя. Например, процесс консультирования, диагностики, лечения, последующего сопровождения. Конечным Потребителем в нашем случае является Пациент стоматологической организации. Для выявления основных процессов необходимо рассмотреть цепочку, по которой проходит Пациент через Компанию от “входа” до “выхода”. Как правило, основных процессов в организации немного (не более десяти).

Обеспечивающие (вспомогательные) процессы – процессы, которые необходимы для функционирования других процессов и которые создают косвенную ценность для Потребителя (например, обеспечение стоматологическими материалами). В отличие от основных процессов количество обеспечивающих процессов может достигать нескольких десятков. Следует иметь в виду, что разделение процессов на основные процессы и обеспечивающие достаточно условное. Оно не подразумевает разделения на главные и второстепенные. Для деятельности организации важны все типы процессов .

Процессы развития – это процессы совершенствования производимых услуг или продуктов, технологий, оборудования, а также инновационные процессы.

Процессы управления – это бизнес-процессы, которые охватывают весь комплекс функций управления на уровне каждого бизнес-процесса и бизнес-системы в целом, то есть взаимосвязанного множества всех бизнес-процессов организации. Процессы управления имеют своей целью (назначением) “выработку и принятие управленческого решения”.

Существует и другая классификация бизнес-процессов:

Весь набор бизнес-процессов можно условно разделить на три группы:

1. бизнес-процессы, которые, так или иначе, осуществляются руководителями клиник;
2. бизнес-процессы, которые осуществляются руководителями на остаточном принципе;
3. бизнес-процессы, которые редко осуществляются руководителями клиник.

Бизнес-процессы, которые, так или иначе, осуществляются руководителями клиник:

- Оказание стоматологических услуг пациентам/клиентам
- Организационно-хозяйственная деятельность
- Взаимодействие с партнерами (в т.ч. с поставщиками)
- Финансово-экономическая деятельность
- Юридическое обеспечение

Бизнес-процессы, которые осуществляются руководителями на остаточном принципе:

- Работа с персоналом
- Контроль качества производимых услуг
- Формирование продукта и его продажа
- Формирование и продвижение бренда организации

Бизнес-процессы, которые редко осуществляются руководителями клиник:

- Изучение конкурентной среды
- Изучение потребностей пациентов/клиентов
- Работа с пациентами/клиентами
- Работа с клиентской базой клиники (КБ)

Выбор процессов для первоочередного описания обычно производится на основе четырех критериев отбора:

- стратегическая важность процесса. Приблизительной, но практической оценкой стратегической важности является количество критических факторов успеха (КФУ). Последние являются критическими факторами по отношению к успеху организации, заявленному в миссии;

- жизнеспособность процесса. Нежизнеспособные процессы являются первыми кандидатами на *реинжиниринг*, так как выгоды от его реализации будут сразу видны всем;

- ожидания внешних и внутренних клиентов (заказчиков) по отношению к процессу;

- наличие возможности достижения желаемых результатов.

Каждый процесс может быть разбит на отдельные составляющие – шаги. Шаг процесса – термин, используемый для обозначения какого-либо действия (субпроцесса, этапа, работы) в рамках процесса. Наличие шагов в рамках процесса предполагает наличие структуры процесса, которая представляет состав шагов процесса, их последовательность и взаимодействие между собой и другими процессами. Объединение взаимосвязанных и взаимосогласованных процессов организации в единую систему образует сеть процессов Компании. Сеть процессов предназначена для выполнения основной функции организации – ее миссии. Важнейший атрибут процесса – его описание. Описание процесса – это инструмент, позволяющий:

- согласовать взаимные требования и обязательства участников процесса;
- определить область действия каждого участника в процессе;
- видеть последовательность передач, образующих процесс, и наладить потоки информации/ документов;
- определить время выполнения действий в процессе.

Описать бизнес- процесс означает:

- 1)определить Владельца бизнес- процесса;
- 2)определить границы бизнес-процесса (границы ответственности и полномочий Владельца процесса по управлению процессом);
- 3)определить клиентов и выходы бизнес-процесса;
- 4)определить поставщиков и входы бизнес-процесса;
- 5)определить ресурсы, необходимые для выполнения бизнес-процесса (ресурсы находятся в распоряжении Владельца бизнес-процесса);
- 6)описать технологию выполнения бизнес-процесса (например, с использованием графических схем в выбранных нотациях);
- 7)разработать показатели, по которым оценивается бизнес-процесс, его результаты и удовлетворенность клиентов бизнес- процесса;
- 8)описать работу Владельца по анализу и улучшению бизнес-процесса, а так же его отчетность перед вышестоящим руководителем.

Для описания бизнес-процесса существует специальный метод комбинации текста, графиков и таблиц – IDEF.

В настоящий момент к семейству **IDEF** можно отнести следующие стандарты:

IDEF0 (ноль) –набор взаимосвязанных функциональных блоков.

Также, существуют IDEF1, IDEF1X, IDEF2, IDEF3, IDEF4, IDEF5.

Подробно остановимся на методе IDEF0.

В основе **IDEF0** методологии лежит первое понятие - **функционального блока**, который отображает некоторую функцию (рис. 7.2). Четыре стороны блока имеют разное ролевое значение: левая сторона имеет значение “Вход” (“Input”), правая – “Выход” (“Output”), верхняя – “Управление” (“Control”), нижняя – “Механизм” (“Mechanism”). Вторым “кирпичом” фундамента IDFE0 технологии является понятие “**интерфейсная дуга**”. Интерфейсные дуги часто называют потоками или стрелками. Интерфейсная дуга отображает элемент системы, который обрабатывается функциональным блоком или оказывает иное влияние на функцию, отображенную данным функциональным блоком. Графическим отображением интерфейсной дуги является однонаправленная стрелка. Каждая интерфейсная дуга должна иметь свое уникальное наименование.



Рисунок 7.2. – Графическое представление процесса в IDEF0 (функциональный блок)

По требованию стандарта, наименование должно быть оборотом существительного. С помощью интерфейсных дуг отображают различные объекты, в той или иной степени определяющие процессы, происходящие в системе. Такими объектами могут быть элементы реального мира (расходные медицинские материалы, оборудование, сотрудники и т. д.) или потоки данных и информации (документы, данные, инструкции и т. д.). В зависимости от того, к какой из сторон подходит данная интерфейсная дуга, она носит название “входящей”, “исходящей” или “управляющей”.

Таким образом, с учетом всего изложенного выше: “Вход” в функциональный блок отражает объекты (расходные материалы, комплектующие изделия, инструмент и т. д.), задачи и информацию. Эти объекты и данные необходимы для выполнения функции. Они преобразуются в ходе ее выполнения в выходы. К входу относится и Пациент, по отношению к которому производятся действия в процессе предоставления услуг. “Выход” – это объекты и данные, которые получаются в результате выполнения функции. “Механизм” (Ресурсы) – материальные и нематериальные компоненты, необходимые для преобразования объектов, выполнения задач и обработки информации. Ресурсы не подлежат преобразованию в ходе процесса. К ресурсам относятся: оборудование (производственное, контрольно-измерительное, офисное, ...), персонал, помещения, среда, транспорт, связь, программное обеспечение, информация,

вспомогательные материалы, финансы, документация и др. Иными словами, к ресурсам относятся те, кто преобразует объекты, выполняет задачи, обрабатывает информацию и то, с помощью чего преобразуются объекты, выполняются задачи и обрабатывается информация. Функциональный блок преобразует входы в выходы при наличии необходимых ресурсов (механизмов) в управляемых условиях (рис. 7.3). “Управление” включает, прежде всего, ограничения: стандарты, правила, время, бюджет и т. д.

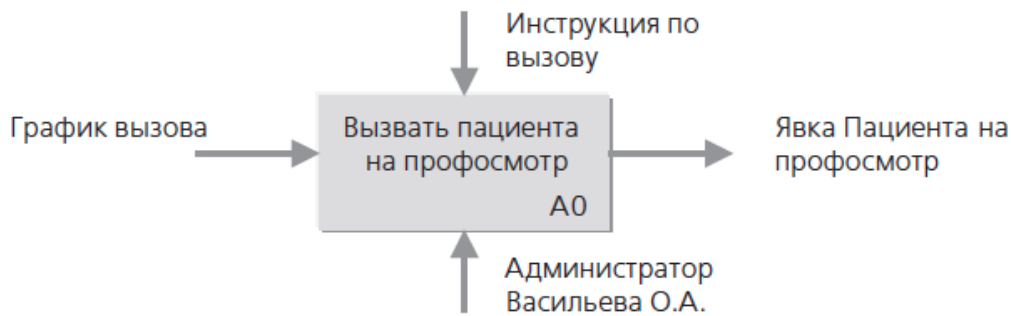


Рисунок 7.3 – Графическое изображение функционального блока «Вызвать пациента на профосмотр» в IDEF0 с функциональными дугами.

Третьим “кирпичом” фундамента стандарта IDEF0 является понятие “**декомпозиции**”. Принцип декомпозиции применяется при разбиении сложного процесса на составляющие (подпроцессы). При этом уровень детализации процесса определяется непосредственно разработчиком модели. Модель IDEF0 всегда начинается с представления системы как единого целого – одного функционального блока с интерфейсными дугами, простирающимися за пределы рассматриваемой области (рис. 7.4). Такая диаграмма, с одним функциональным блоком, называется контекстной диаграммой и обозначается идентификатором “A0”. В пояснительном тексте к контекстной диаграмме должна быть указана цель построения диаграммы в виде краткого описания и зафиксирована точка зрения. Определение и формализация цели разработки IDEF0-модели является крайне важным моментом. Фактически цель определяет соответствующие области в исследуемой системе, на которых необходимо фокусироваться в первую очередь. Например, если мы моделируем деятельность организации с целью построения в дальнейшем на базе этой модели информационной системы, то эта модель будет существенно отличаться от той, которую бы мы разрабатывали для той же самой Компании, но уже с целью оптимизации логистических цепочек.

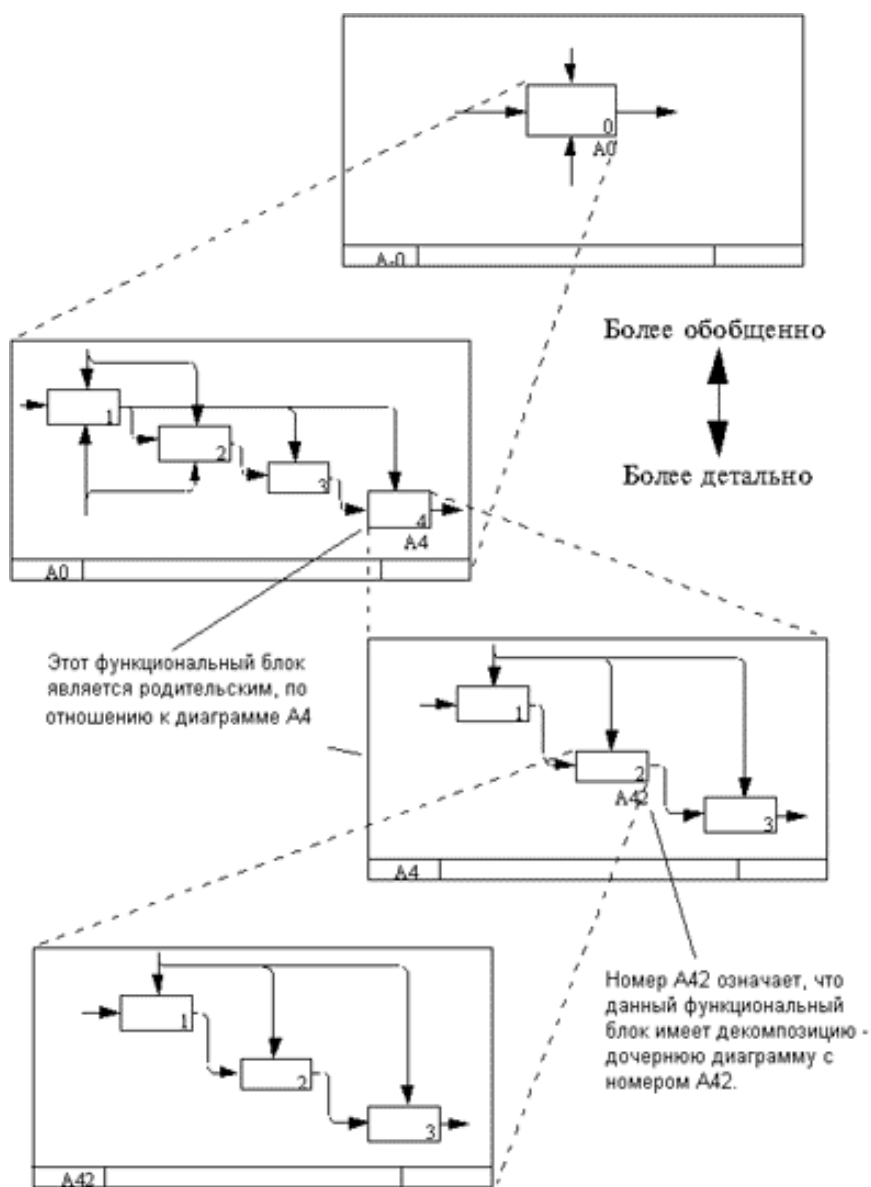


Рисунок 7.4. – Декомпозиция функциональных блоков

Процесс оказания медицинской помощи ГАУЗ Республики Татарстан "Больница скорой медицинской помощи г. Набережные Челны" описан с помощью IDEF0 метода и показан на рисунке.

Так, например, анестезиолог оценивает работу предыдущих этапов по следующим индикаторам: идентификация пациента, установленный предоперационный диагноз, предполагаемый объем операции, определение анатомической области операции, маркировка операционного поля.

Если на каждом из этапов происходит небольшое отклонение от стандарта, то развивается феномен «накопления ошибок», что в итоге создает крайне низкий по качеству продукт всей медицинской помощи, вплоть до летального исхода пациента.

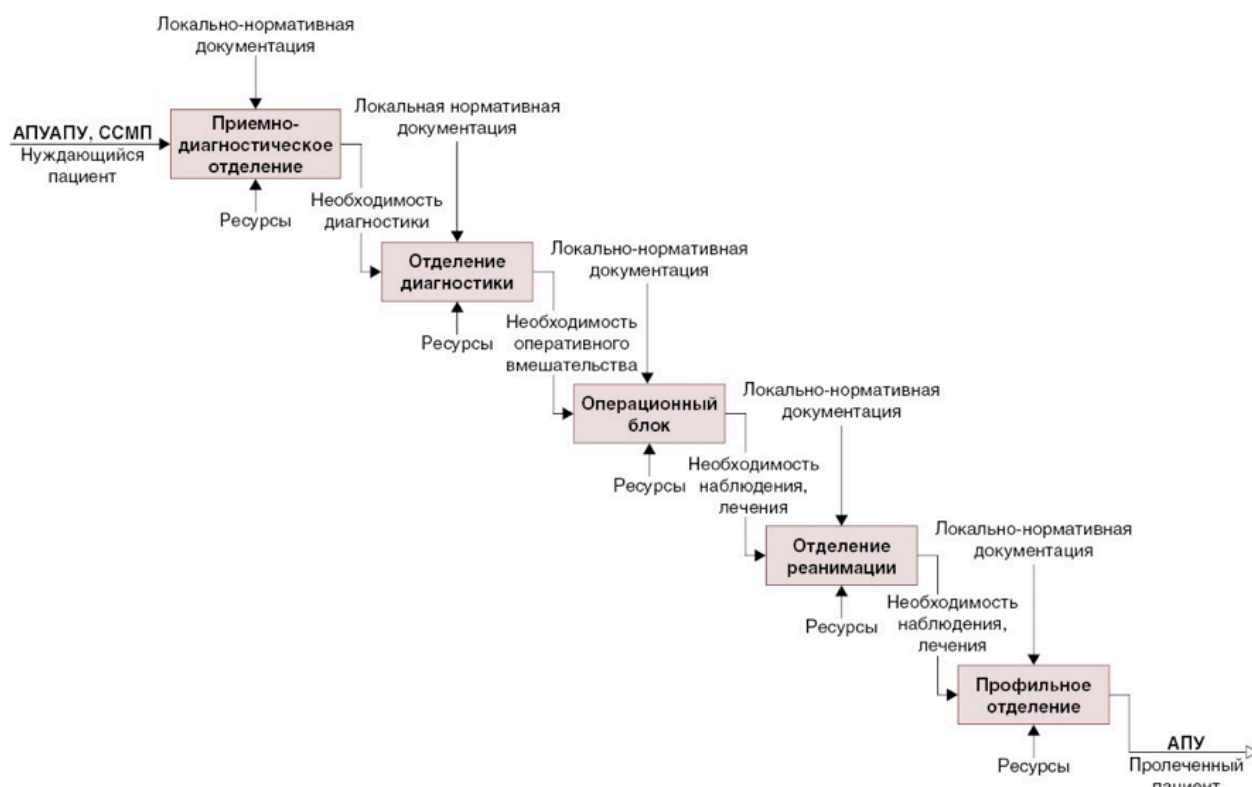


Рис. 7.5 – Бизнес-процессы ГАУЗ Республики Татарстан "Больница скорой медицинской помощи г. Набережные Челны"

Детальное описание блока «Проведение лечебных и диагностических операций» представлен на рисунке 7.6.

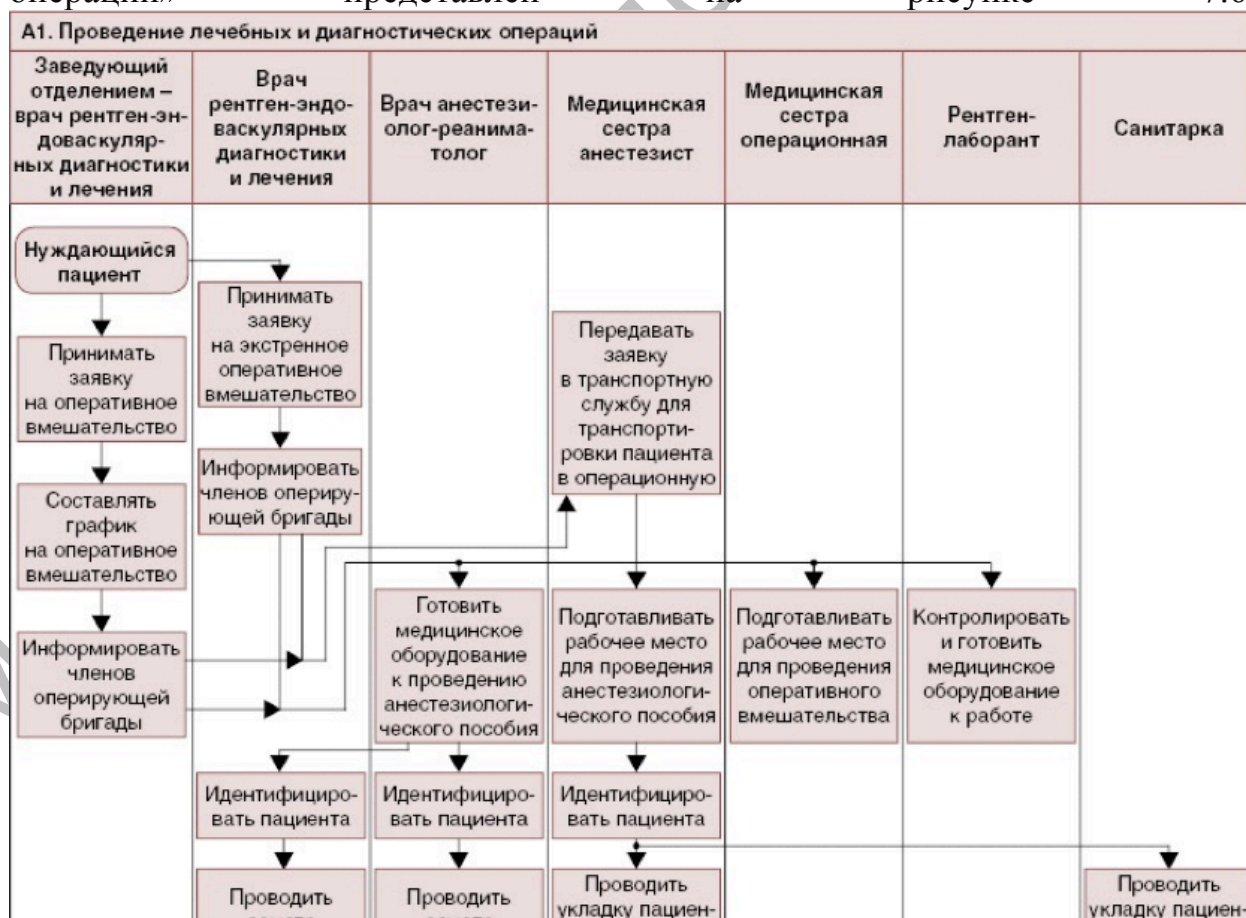


Рис.7.6 – Описание блока А1 – Проведение лечебных и диагностических операций

Маркетинг. Основная задача – обеспечение объемов продаж медицинских услуг в соответствии с установленными планами.

Экономика и финансы. Основные задачи данного функционального направления:

- анализ финансово-экономической деятельности Компании и внесение предложений по ее совершенствованию;
- обеспечение деятельности Компании финансовыми ресурсами, оптимизация налогообложения юридических лиц, входящих в организации.

Персонал (человеческие ресурсы). Основная задача – обеспечение стоматологической организации персоналом, который способен реализовать её миссию.

Внутренний сервис. Основная задача – организация необходимых условий для эффективной работы клиник и других подразделений стоматологической организации.

Организационно-правовое обеспечение. Основная задача – организация общего документооборота и юридического сопровождения деятельности стоматологической организации.

Информационные технологии. Основная задача – организация обеспечения функционирования и развития средств информации и коммуникации в стоматологической организации.

Безопасность и охрана. Основная задача – обеспечение экономической и информационной безопасности Компании, охраны пациентов, сотрудников, помещений и материальных ценностей организации.

Мы уже говорили, что в процессе разработки бизнес плана необходимо определиться с возможными источниками финансирования создаваемой нами стоматологической клиники.

Основными источниками финансирования являются:

- государственные субсидии
- привлечение личных средств (инвестиций)
- банковский кредит
- лизинг

Остановимся подробнее на лизинге. **Лизинг** («to lease» – сдать в аренду (англ.)) – это один из видов финансовых услуг, суть которого заключается в кредитовании приобретения основных фондов. В стоматологии к основным фондам, приобретаемым в лизинг, в первую очередь относится стоматологическое оборудование – сама стоматологическая установка, автоклавы и сухожарочные шкафы для стерилизации.

Законодательство разных стран по-разному рассматривает налоговые последствия лизинга. В России лизинг позволяет применять ускоренную амортизацию, возможно перераспределение сроков уплаты НДС. По сути, лизинг – это долгосрочная аренда имущества с последующим правом выкупа.

Ратифицированная Россией конвенция УНИДРУА о международном финансовом лизинге не предусматривает обязательности права выкупа, возможна только аренда.

Уникальность данного финансового инструмента состоит в том, что лизинг органично сочетает в себе характеристики долгосрочной аренды и финансового кредита.

Лизинг – это комплекс имущественных и экономических отношений, возникающих в связи с приобретением в собственность имущества и последующей сдачей его во временное пользование за определенную плату.

Классический лизинг носит трехсторонний характер взаимоотношений: лизингодатель (лизинговая компания), лизингополучатель (человек, который хочет иметь какое-то имущество) и продавец (поставщик) имущества, а лизинговая операция осуществляется по следующей схеме. Будущий лизингодатель нуждается в некотором имуществе, для приобретения которого у него нет свободных финансовых средств. Тогда он находит лизинговую компанию, которая располагает достаточными финансовыми средствами, и обращается к ней с деловым предложением о заключении лизинговой сделки. Согласно этой сделке, лизингополучатель выбирает продавца, располагающего требуемым имуществом, а лизингодатель приобретает его в собственность и передает лизингополучателю во временное пользование за оговоренную в договоре лизинга плату. По окончании договора в зависимости от его условий имущество возвращается лизингодателю или переходит в собственность лизингополучателя.

В случае реализации дорогостоящего проекта число участников сделки увеличивается. Это, как правило, происходит за счет привлечения лизингодателем к сделке новых источников финансовых средств (банков, страховых компаний, инвестиционных фондов и т.п.).

С точки зрения имущественных отношений лизинговая сделка состоит из двух взаимосвязанных составляющих: отношений по купле-продаже и отношений, связанных с временным использованием имущества. С точки зрения обязательственного права эти отношения могут быть реализованы с помощью двух видов договора: купли-продажи и лизинга (передачи имущества во временное пользование).

В случае если в договоре лизинга предусмотрена продажа имущества после окончания срока договора, то отношения по временному использованию переходят в отношения купли-продажи, только теперь между лизингодателем и пользователем имущества.

Все этапы лизингового процесса тесно связаны между собой. Так, отношения по временному использованию имущества (договор лизинга) возникают только после реализации договора купли-продажи. Можно сказать, что в лизинговой сделке исполнение одного договора дает толчок к возникновению следующей сделки, а участники лизингового процесса тесно взаимодействуют между собой на разных этапах.

На первом этапе изготовитель оборудования и лизингодатель, заключая договор купли-продажи, выступают как продавец и покупатель. При этом пользователь имущества, юридически не участвуя в договоре купли-продажи, является активным участником этой сделки, выбирая оборудование и конкретного поставщика.

Все технические вопросы реализации договора о купли-продажи (комплектность, сроки и место поставки, гарантийные обязательства, порядок приемки и т.п.) решаются между изготовителем и лизингополучателем, на лизингодателя ложится обязанность финансового обеспечения сделки.

На втором этапе покупатель имущества сдает его во временное пользование, выступая как лизингодатель. Однако отношения по второму договору не замыкаются между пользователем и лизингодателем. Продавец имущества, хотя и заключает договор купли-продажи с лизингодателем, несет ответственность за качество оборудования перед пользователем.

Если оценивать важность и главенствующую роль отдельных составляющих комплекса лизинговых отношений, то определяющими, конечно же, являются отношения по передаче имущества во временное пользование. Отношениям по купле-продаже отводится второстепенная роль.



Основные черты и особенности, присущие лизингу, состоят в следующем:

1. преимущественное право выбора имущества и его изготовителя (продавца) принадлежит пользователю;
2. продавец имущества знает, что имущество специально приобретается для сдачи его в лизинг;

3. имущество непосредственно поставляется пользователю, минуя собственника, и принимается в эксплуатацию пользователем;

4. пользователь имущества в случае обнаружения дефектов направляет свои претензии не собственнику, а непосредственно продавцу, с которым никакими отношениями не связан;

5. лизингодатель приобретает имущество не для собственного использования, а специально для передачи его во временное пользование;

6. весь срок договора лизинга имущество остается собственностью лизингодателя;

7. собственник имущества за передачу его во временное пользование получает вознаграждение;

8. пользователь имущества досрочно или после окончания срока договора имеет право на приобретение его в собственность.

Объектом лизинга может быть любое движимое и недвижимое имущество, относящееся по действующей классификации к основным средствам, кроме имущества, запрещенного к свободному обращению на рынке. В зависимости от объекта лизинга различают лизинг оборудования и лизинг недвижимого имущества.

В силу высокой стоимости, сложности осуществления, большого срока подготовки лизинг недвижимого имущества вряд ли найдет широкое применение в нашей стране. В первую очередь интересен лизинг оборудования. Это подтверждается и зарубежной практикой, где на долю лизинга оборудования приходится основная часть всех лизинговых платежей.

Лизингодателем может быть юридическое лицо, осуществляющее лизинговую деятельность, т.е. передачу в лизинг по договору специально приобретенного для этого имущества, или гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью, не имеющими образования юридического лица и зарегистрированный в качестве индивидуального предпринимателя.

Лизингополучателем может быть юридическое лицо в любой организационно-правовой форме, осуществляющее предпринимательскую деятельность, а также гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью, без образования юридического лица и зарегистрированный в качестве индивидуального предпринимателя.

В результате ускоренной амортизации предмета лизинга объем налога на имущество уменьшается в три раза.

Преимущества лизинга перед кредитом:

1) производители техники и оборудования получают возможность расширить свой сегмент пользователей;

2) арендодатель освобождается от необходимости единовременной выплаты стоимости всего оборудования, и, следовательно, может направить свободный капитал в инвестирование других областей производства;

3) лизинг позволяет решить производственные проблемы за счет временного использования арендуемого оборудования и техники, а не приобретения их у производителя по высокой цене;

4) получение налоговых и амортизационных льгот.

Важнейшим преимуществом лизинга является возможность применить механизм ускоренной амортизации, что позволяет лизингополучателю существенно *сократить выплаты по налогу на прибыль* в первые годы после приобретения основных средств и *налога на добавленную стоимость* при выполнении лизинговых услуг. Кроме этого, при эксплуатации оборудования и техники, взятых в лизинг, в условиях, ускоряющих износ, коэффициент амортизации может быть увеличен в два раза.

Это позволяет дополнительно уменьшить выплаты. При этом время, необходимое на заключение договора лизинга, существенно меньше времени, затрачиваемого на оформление кредита.

Для объективности отметим ряд недостатков, присущих лизингу. В частности, на лизингодателя ложится риск морального старения имущества и получения лизинговых платежей, а для лизингополучателя выходит, что стоимость лизинга больше, чем цена покупки.

Тема 8. Стратегическое управление стоматологической организацией

Цель занятия: Рассмотреть понятие «стратегическое управление». Сформировать представление о способах стратегического управления стоматологической клиникой. Развить представления о внутренней и внешней среде клиники. Изучить возможности применения различных стратегий в стоматологии.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Определение стратегического управления. Компоненты процесса стратегического управления.
2. Понятие стратегии организации. Виды стратегий.
3. Действия, входящие в алгоритм стратегического управления.
4. Цели и Миссия организации – определение.
5. Внешняя (дальняя) и внутренняя (ближняя) среда организации.
6. Приоритеты, устанавливаемые для достижения конкурентного преимущества.
7. Информационно-психологическое воздействие на Потребителей.
8. Характеристика стратегии, построенной на долгосрочных отношениях.
9. Принципы ценообразования в стоматологии.

Отношение к стратегическому управлению у российских производителей товаров и услуг настороженное и неоднозначное. Причин для этого несколько. Во-первых, еще свежи воспоминания об административно-командном прошлом, “обанкротившихся” словосочетаниях, как “пятилетний план”, “стратегические рубежи”. Во-вторых, этому не способствует и сама ситуация как в мировой, так и в отечественной экономике: нестабильность цен на нефть, банковские кризисы, политико-экономические санкции и т.д.

Однако, многие бизнес-структуры постепенно переходят к созданию в своих организациях системы регулярного менеджмента, а управленцы осваивают новый этап развития менеджмента – стратегическое управление.

Основу современной системы управления стоматологической клиники, как впрочем и другой любой организации, должны составлять три основные элементы:

- подсистема стратегического управления;
- подсистема структурно-процессного управления;
- подсистема мотивации, которая должна быть ориентирована на улучшение показателей процессов (интегрируется в процессы).

Стратегическое управление – это процесс, направленный на достижение долгосрочных целей посредством оптимизации использования всей совокупности ресурсов организации: человеческих, финансовых, материальных, информационных, временных. Стратегическое управление призвано обеспечить организации выживание в долгосрочной перспективе.

Инструментом для достижения стратегических целей являются организационная структура Компании, реализующая принцип вертикального разделения труда, и процессы, обеспечивающие горизонтальное взаимодействие структурных подразделений, должностных лиц. Это еще один краеугольный камень любой организации.

И, наконец, “привод” всех этих механизмов – персонал. Нет квалифицированного персонала, отсутствует его мотивация – механизмы работают малопродуктивно и неэффективно. Как следствие – поставленные цели не достигаются. Это особенно важно для медицинской организации: несмотря на автоматизацию многих процессов, труд врача-стоматолога по-прежнему относится к “штучному”, т.е. индивидуальному производству.

Разработка стратегии является составной частью общего процесса стратегического управления, включающего:

- решение о том, в каком бизнесе организация будет работать, формирование своей конкретной миссии (предназначения) и стратегического видения;
- преобразование стратегического видения и миссии в конкретные задачи и цели;
- разработка стратегий достижения поставленных целей;

- квалифицированное и эффективное внедрение и использование избранной стратегии.
- оценка результатов работы, изучение новых тенденций и осуществление корректирующих действий в свете фактического опыта.

Итак, поставленные вопросы заставляют нас предварительно разобраться с рядом понятий.

В первую очередь следует определиться с самим понятием **Стратегия** – это способы и средства достижения поставленной долгосрочной цели, обладающие максимальным потенциалом прибыльности. Поскольку речь идет о медицине, то, понятно, поставленные экономические цели не должны конфликтовать с этическими нормами, свойственными этому направлению человеческой деятельности.

Следует сразу оговориться, что на стадии разработки (планирования) принимаются одни стратегии, однако, впоследствии, в процессе реализации, они могут корректироваться. Об этом свидетельствует накопленный опыт. Поэтому, в конечном счете, мы имеем дело с **фактическими** стратегиями организации. Фактическая стратегия организации – это сочетание запланированных действий и тех действий, которые она предпринимает в ответ на изменение внешних и внутренних условий.

Негосударственная стоматологическая организация является сложной социально-экономической системой, имеющей структуру и определенные иерархические уровни. Поэтому в стратегическом управлении для нее можно выделить **корпоративную** стратегию, стратегию **бизнеса**, **функциональные** стратегии и стратегии **операционные**.

Корпоративная стратегия – это стратегия, которая описывает общее направление роста организации, развития ее производственно-сбытовой деятельности. Она показывает, как управлять различными видами бизнеса, если они есть, чтобы иметь сбалансированный портфель медицинских услуг.

Стратегия *бизнеса* – план, отражающий подходы и действия, направленные на обеспечение успешного функционирования конкретного вида бизнеса. В рамках диверсифицированной медицинской организации такими видами бизнеса могут быть стоматология, эстетическая медицина, общая медицина и т.д.

Функциональная стратегия относится к управленческому плану конкретной функциональной службы внутри каждого бизнеса (маркетинг, финансы и т.д.). Функциональные стратегии добавляют детали в стратегию бизнеса и показывают, какие функциональные действия будут предприняты. Основное назначение функциональной стратегии – поддержка общей стратегии бизнеса. Другая роль – достижение функциональных целей.

Операционная стратегия отражает планы более узких стратегических инициатив. Она важна с точки зрения стратегической законченности. Даже самое маленькое организационное звено, если для организации важно его существование, является существенным элементом достижения цели. Его менеджеры должны это понимать и иметь соответствующие цели.

Принимая во внимание вышеизложенное, приходим к выводу, что стратегический план крупной стоматологической организации должен являться синтезом стратегий, разработанных на различных уровнях организационной иерархии (корпоративная стратегия, стратегия бизнеса, функциональная стратегия, операционная стратегия).

Развивают стратегию организации политики. Политика представляет собой генеральные руководящие принципы по принятию решений и определяет пути, следуя которым организация решает свои задачи. Наличие в стоматологической организации политики помогает достичь цели, существенно облегчает процесс принятия решений, помогает избежать конфликтов между сотрудниками, экономит время. Политика, облеченная в общие слова, предоставляет определенную свободу действий в принятии решений.

Медицинская организация является корпоративной личностью, а ее сотрудники – лицом организации перед пациентами и другими контактными аудиториями. Ежедневно сотрудникам стоматологической организации приходится принимать решения по многим оперативным и стратегическим вопросам, встречаться со многими людьми вне организации. Поэтому каждый работник стоматологической организации обязан знать точку зрения высшего руководства по принципиальным вопросам политики своей организации.

В противном случае решения будут приниматься на основе своих личных принципов и ценностей, а не на основе корпоративных. Результат – организация может приобрести черты “странной личности”. В принципе, стоматологическая организация должна иметь собственную политику (политики) по многим направлениям своей деятельности (корпоративные цели и стратегии, корпоративная культура, политика в области качества и т. д.). Опыт показывает, что руководители многих медицинских Компаний часто заявляют свои цели и принципы, делая упор на красивое словесное оформление своих рекламных анонсов. Полагая, что этим можно ограничиться. На самом деле, каждый заявленный принцип должен легко проверяться по вертикали его реализации как на документальной основе, так и по факту. Это позволяет в процессе сертификации оценить, насколько в организации слова подтверждаются делами.

Стратегическое управление реализуется как процесс высшего руководства организации (владельцы, топ-менеджеры). На входе этого процесса располагаются потоки информации. На выходе – миссия, стратегическое видение, бизнес-цели, стратегии, политики, стратегические планы и ресурсы для их достижения. Применительно к стоматологической организации все они служат входными элементами для процесса предоставления медицинских услуг. Под термином “предоставление услуг” понимается вся деятельность компании от маркетинга до послелечебных отношений с пациентами, т. е. деятельность организации, относящаяся к оперативному управлению. Следовательно, оперативное управление

представляет процесс, направленный на достижение, как правило, краткосрочных целей, которые, кстати, вытекают из долгосрочных целей. Учитывая известные отличия услуги от товара, третий процесс – “потребление услуги”, является фактически совмещенным с процессом предоставления услуги. Для товаров (изделий) он обычно рассматривается как отдельный процесс деятельности, но уже не производителя, а потребителя. Таким образом, для стоматологической организации может быть принята модель стратегического управления, включающая следующие элементы:

I Этап планирования стратегии

Формулирование (корректировка) миссии с оценкой настоящего стратегического профиля организации, т.е. тех целей, областей, конкурентных преимуществ и синергии, которые были определены и достигнуты на предшествующий стратегический период времени (исходная позиция для планирования новой стратегии)

II Формирование стратегического видения (намерения), дающее представление о видении перспективы, то есть о будущем, к которому надо стремиться.

III Определение стратегических целей, учитывающих наличие разрыва между настоящим стратегическим профилем и видением положения организации в будущем.

Все действия, входящие в алгоритм стратегического управления, образуют, в конечном счете, замкнутый цикл, который с определенной частотой должен выполняться в стоматологической организации. По опыту многих зарубежных фирм стратегический план разрабатывается на 3-5 лет.

Хотя известны и компании, в которых этот период составляет десятки лет. Что касается России, то, по нашему представлению, стратегический план имеет смысл разрабатывать на **1-3 года**. По крайней мере, в ближайшем будущем, пока процесс реформирования экономики и ее отдельных отраслей продолжается, а рынок услуг приобретает цивилизованные формы.

Как следует из приведенного алгоритма, первый этап – это, собственно, этап стратегического планирования. Организация работ по реализации этого этапа в Компании может осуществляться по следующей схеме:

1. Составление плана работ по разработке стратегий.
2. Разработка (корректировка) корпоративной миссии и миссий бизнесов, целей и стратегий на высшем уровне (корпоративные стратегии и стратегии бизнесов).
3. Проведение согласовательных совещаний (семинаров) с целью объединения различных стратегий в логически последовательную и обоснованную систему.
4. Передача на нижние уровни разработок и проведение специальных разъяснительных занятий с руководителями функциональных подразделений.

5. Разработка на нижних иерархических уровнях функциональных и операционных стратегий.

6. Подготовка документов.

Обычно те компании, которые впервые начинают заниматься стратегическим планированием, первый этап проходят, пользуясь услугами сторонних консультантов по вопросам управления. При этом, руководители должны понимать, что консультирование может быть экспертное, процессное, обучающее. В чистом виде они встречаются крайне редко. Выполняя работу эксперта (специалиста в каких-то вопросах), консультант при выдаче даже готовых рекомендаций вынужден знакомить клиента хотя бы с применяемой терминологией – то есть проводить обучение. В свою очередь, в процессе обучающего консультирования соответствующий специалист всегда представляется как эксперт, например, по вопросам теории управления. В процессном консультировании, когда идет обсуждение вариантов решения проблем или иных вопросов, два другие вида консультирования всегда присутствуют в явном или неявном виде.

Безусловно, стратегическое управление нельзя рассматривать как инструмент, позволяющий решать все проблемы организации.

На его использование существует *ряд ограничений стратегического управления*:

Во-первых, стратегическое управление не дает точной и детальной картины будущего. Вырабатываемое в стратегическом управлении описание желаемого будущего организации – это совокупность качественных пожеланий к тому, в каком состоянии должна находиться организация в будущем, какую позицию она должна занимать на рынке, какую иметь организационную культуру и т.п.

Во-вторых, стратегическое управление не может быть сведено к набору рутинных правил, процедур и схем. У него нет теории, которая предписывает, что и как делать при решении определенных задач или же в определенных ситуациях. Стратегическое управление – это скорее определенная философия или идеология бизнеса и менеджмента. Хотя, конечно, существует ряд рекомендаций, правил и логических схем анализа проблем и выбора стратегии, а также осуществления стратегического планирования и практической реализации стратегии.

В-третьих, требуются огромные усилия и большие затраты времени и ресурсов для того, чтобы в организации начал осуществляться процесс стратегического управления.

В-четвертых, резко усиливаются негативные последствия ошибок стратегического предвидения.

В-пятых, при осуществлении стратегического управления зачастую основной упор делается на стратегическое планирование. Однако, как показывает опыт, этого совершенно недостаточно. На самом деле важнейшей составляющей стратегического управления является реализация стратегического плана.

На практике стратегическое управление представляет симбиоз интуиции и искусства высшего руководства вести организацию к стратегическим целям. В то же время – это высокий профессионализм и творчество сотрудников, обеспечивающие связь организации со средой, активное вовлечение всех работников в реализацию задач организации, в поиск наилучших путей достижения ее целей.

В соответствии с приведенным выше алгоритмом, руководство организации (Владелец бизнеса) на первом этапе должно сформулировать ее **Миссию**.

Миссия организации выражает ее философию и смысл существования. В ней детализируется статус, декларируются принципы работы и приводятся самые важные характеристики организации. Например, «несем в мир здоровье и красоту улыбок через оказание качественных и доступных стоматологических услуг по профилактике и лечению зубов» или «наша миссия в осуществлении безопасной, комплексной стоматологической помощи и профилактике, в предоставлении высшего качества стоматологических услуг».

Миссию рассматривают как очень важное заявление руководства, отражающее общественно значимые намерения организации, а также дающее представление о сфере деятельности, ключевых целях и принципах работы, о рынках, находящихся в фокусе интересов организации.

Миссия и стратегическое видение всегда персонифицированы. Они выделяют организацию среди других в данной отрасли (рынке), становятся ее отличительными признаками, характером и индивидуальным путем развития.

Миссия формулируется вне временных рамок, она не должна зависеть от текущего состояния организации.

Миссия образует фундамент для установления целей организации в целом и ее подразделений и функциональных подсистем.

Цели – это конкретизация миссии и видения организации в форме, доступной для управления процессом их реализации. Например, «Цель: улучшение качества жизни людей; удовлетворение всех потребностей пациентов в здоровье и эстетике; профессиональное наблюдение для поддержания здоровья» или «Помогать людям, которые обратились к нам за помощью, самым лучшим для них способом. Помочь сделать свой образ жизни здоровым, потому что здоровье начинается с полости рта. Донести до сограждан принцип: «профилактика лучше и дешевле чем лечение».

Хорошо продуманная и грамотно сформулированная миссия обладает реальной управленческой ценностью:

- в ней выкристаллизовывается общее мнение высшего руководства относительно долгосрочного направления деятельности организации, ее характера;
- снижается риск “слепого” управления и бесконтрольного принятия решений на основе эмоций;

- четко выражаются цели организации, и определяется то, что мотивированные работники должны стараться делать наилучшим образом;
- указываются ориентиры для руководителей более низких иерархических уровней;
- помогает организации подготовиться к будущему.

С миссией тесно связано и представление ее руководства о стратегической перспективе развития организации. Если миссия формулируется вне временных рамок, то стратегическое видение – это представление об организации в достаточно далеком будущем. Разработка стратегического видения – мощный инструмент современного управления, который позволяет создать необходимые ориентиры, помогающие высшему руководству организации разработать программу конкретных действий и на настоящий период.

Для компании – умение руководителей объяснить стратегическое видение, выразить его словами и распространить среди руководителей более низких уровней и рядовых сотрудников – задача чрезвычайно важная.

Особенно это касается сетевых стоматологических организаций: клиники территориально разобщены, в них часто формируется разная субкультура и даже возникают конфликты интересов с другими подразделениями организации.

Анализ рынка стоматологических услуг показывает, что некоторые сетевые стоматологические организации избрали путь развития через диверсификацию, т. е. начали открывать у себя другие медицинские бизнесы. Такая стратегия оказалась весьма успешной в Компаниях, работающих в высокоценовом сегменте, т. е., предоставляющих стоматологические услуги высокого качества. У этих Компаний сформировался круг постоянных Пациентов, которым предложили другие медицинские услуги. Налицо удачная попытка получить синергетический эффект. Например, сочетание медицинской деятельности и фарм-бизнеса.

В соответствии с алгоритмом, важнейшим этапом, предшествующим выбору стратегий, является анализ внешней среды и состояния Компании.

Ранее нами уже отмечалось, что стоматологическая организация является социально-экономической системой, по отношению к которой внешняя среда является надсистемой. Ее воздействие на Компанию проявляется через факторы, которые принято подразделять на две группы:

- косвенные (дальняя среда организации);
- прямые (ближняя или деловая среда организации).

Анализ дальней среды – это оценка возможностей и угроз со стороны более широкой общественной среды организации по ряду направлений, характеризующих воздействие демографических, технологических, политических, правовых, социально-культурных сил общества. При этом используются показатели, характеризующие динамику и тенденции их изменения. Чем более неопределенной и непредсказуемой является внешняя среда, тем более гибкими должны быть планы организации. Таким образом,

общими результатами анализа факторов внешней среды является взвешенная оценка возможностей, открывающихся перед организацией в будущем, а также угроз, которые несет внешнее окружение, если организация не изменит стратегии своего развития. Здесь уместно вспомнить дефолт 1998 года, начало реформ и многое другое, что принесла нам действительность в последние 15 лет. Недооценка факторов внешней среды оказалась чреватой для многих предпринимателей и руководителей бизнеса. Для анализа дальней среды, обычно, используют различные методические инструменты, в том числе **PEST** – анализ (аббревиатура слов: Politics, Economy, Society, Technology) или модель “пяти сил” М. Портера или другие.

Целью анализа **ближней** деловой среды является оценка положения Компании среди конкурентов (характерные черты их конкурентной борьбы, темпы экономического роста, сильные и слабые стороны, заявленные стратегии и т. д. Оценка внутренних факторов организации производится разными методами, но наиболее часто используют **SWOT**-анализ, бенчмаркинг. Таким образом, к выбору стратегий и разработке соответствующего стратегического плана руководству стоматологической организации целесообразно приступать после проведенного анализа и установления потребностей и ожиданий целевых потребителей услуг и всех заинтересованных сторон. Только после этого можно сформулировать стратегические цели и выполнить их декомпозицию по уровням иерархии. Дальнейшая работа должна быть направлена на разработку стратегий и подготовку планов разных уровней, что позволяет, в конечном счете, сформировать обоснованный бюджет.

Рыночно ориентированное стратегическое планирование – есть процесс создания и поддержания гибких связей между целями, возможностями и ресурсами организации, с одной стороны, и рыночными реалиями – с другой. Цель стратегического планирования – создание и реформирование бизнесов Компании, направленные на успешное ее развитие и достижение поставленных целей. В соответствии с данным определением, процесс установления целей преобразует стратегическое видение и курс развития стоматологической организации в результаты, к которым необходимо стремиться. Цели – это конкретные, конечные желаемые результаты, которые стремится достичь стоматологическая организация или ее подразделение в процессе деятельности.

К целям предъявляются определенные требования. Они должны быть реальными, но напряженными, измеряемыми и согласованными (не противоречащие друг другу).

Цели и стратегии их достижения тесно взаимосвязаны: корректировка одной из категорий сразу же непосредственно отражается на другой. В процессе управления осуществляется постоянный процесс их согласования и взаимного соответствия.

Понятно, что цели стоматологического кабинета, расположенного в спальном районе города и цели крупной сетевой Компании, в целом, будут

различаться. Тем не менее, некоторые из них могут совпадать по содержанию. Например, как для небольшой частной клиники, так и для крупной организации в качестве целей можно установить:

- последовательное увеличение объемов продаж и прибыльности бизнеса;
- повышение эффективности управления организацией и ее подразделениями;
- увеличение ассортимента стоматологических услуг, с целью достижения бóльшего синергетического эффекта за счет комплексности лечения;
- и т.д.

С другой стороны, совершенно очевидно, что такие цели как:

- укрепление лидерства на местном стоматологическом рынке в области качества услуг,
- увеличение доли в определенном сегменте стоматологического рынка,
- увеличение ассортимента услуг и производственных мощностей бизнеса с целью повышения его доходности и достижения бóльшего синергетического эффекта,
- формирование в сознании общественности (населения) города образа организации-лидера в области качественной медицины, могут поставить для себя стоматологические Компании, входящие в группу лидеров местного стоматологического рынка. Конкуренция между производителями стоматологических услуг может осуществляться на разных уровнях: городском рынке, в отдельном сегменте, например, выделенном по географическому признаку и т. д. Последнее, касается того же вышеупомянутого стоматологического кабинета. Поэтому конкурентная стратегия стоматологической организации состоит из деловых подходов и инициатив, которые она использует для привлечения пациентов, сопротивления конкурентному давлению и завоеванию или укреплению своих рыночных позиций. Как показывает опыт развития рынков стоматологических услуг в крупных городах России, негосударственные стоматологические организации в последние пять лет стремятся использовать все мыслимые способы, чтобы привлечь потребителей стоматологических услуг и вызвать у них желание стать постоянными пациентами.

Руководители компаний разрабатывают различные краткосрочные тактические и долгосрочные стратегические меры, соответствующие специфической ситуации их организации и состоянию рынка. Вариантов их реализации наблюдается довольно много. Однако, если исключить тонкости и несущественные различия и принять во внимание основную цель медицинской организации – создание и укрепление устойчивых конкурентных преимуществ, то можно выделить **пять стратегических направлений, в рамках которых реализуются большинство стратегий по получению конкурентного преимущества:**

- стратегия на основе низких издержек;
- стратегия дифференциации или индивидуализации;
- стратегия фокусирования;
- стратегия упреждения;
- стратегия синергизма.

Стратегия низких издержек (или низких затрат) предполагает, что благодаря эффективному управлению издержками, организация получает либо высокую прибыль при использовании одинаковых с конкурентами цен, либо создает конкурентное преимущество на рынке (увеличение спроса, доли рынка) благодаря невысоким ценам. Эту стратегию взяли на вооружение многие стоматологические организации России. Причина очевидна – в стране большая доля населения не может позволить себе покупать услуги по средним и высоким ценам. Однако, следует иметь в виду, что издержки и качество услуг взаимосвязаны. Поэтому немногие стоматологические организации, применяющие данную стратегию, могут претендовать на то, что их услуги соответствуют определенным стандартам качества, пусть даже невысоким. Очевидно, что такой подход к лечению не может давать высоких результатов.

Стратегия сегментирования (дифференциации или индивидуализации) направлена на обеспечение преимуществ над конкурентами в обособленном сегменте рынка, на основе определенного принципа сегментации (покупательская способность, географическое расположение и т. д.). Основная идея данной стратегии заключается в том, что организация может обслуживать свой узкий целевой рынок более эффективно, чем конкуренты, которые рассредоточивают свои ресурсы на всем рынке. В результате создается конкурентное преимущество либо дифференциацией услуг на основе более полного удовлетворения нужд целевого рынка, либо путем достижения меньших издержек при обслуживании выбранного сегмента.

Сущность **стратегии фокусирования** состоит в ограничении масштабов деятельности организации удовлетворением относительно небольшой группы покупателей или выпуском узкого ассортимента товаров или предоставлением узкого ассортимента услуг. **Стратегия упреждающего маневра** предполагает, что организация становится пионером в своей сфере бизнеса, в силу чего первой создает становящиеся основой устойчивых конкурентных преимуществ активы или компетенции.

В основе **синергетических стратегий** лежат взаимосвязи между разными видами бизнеса или подразделениями организации. Следовательно, синергизм – это преимущество бизнеса, возникающее благодаря установлению его связей с другими бизнес-единицами в рамках подразделения или организации. Синергизм означает, что сумма неких частей превышает их номинальное значение поодиночке (две совместно работающие стратегические бизнес-единицы оказываются лучше тех же двух независимо оперирующих бизнес-единиц). Понятно, что многие известные

стоматологические организации фактически прошли путь интенсивного наращивания конкурентных преимуществ и находятся в периоде извлечения выгод. Их цель на данном этапе – удержание ранее завоеванного конкурентного преимущества, которое возможно только при последовательном осуществлении наступательных стратегических ходов в целях улучшения своей рыночной позиции и сохранения благоприятного отношения со стороны пациентов. Поэтому многие из них применяют превентивные действия. Для этих целей эти организации:

- наращивают и совершенствуют производственные мощности своего базового бизнес- направления на местных рынках;
- внедряют медицинские услуги родственного характера, создающие синергетический эффект (например, своим стоматологическим Пациентам предлагаются услуги эстетической или общей медицины);
- создают и совершенствуют систему долгосрочных и взаимовыгодных отношений со своими пациентами, концептуальную основу которой составляют подсистемы управления тотальным качеством и продаж;
- привлекают престижных пациентов;
- создают такой “психологический” образ Компании в умах Потребителей, который является уникальным и который невозможно скопировать. В качестве приоритетов, позволяющих достигать конкурентное преимущество, эти Компании устанавливают:

1. Четкое представление о своем целевом рынке и потребительских нуждах Пациентов. Это позволяет им завоевывать прочную приверженность Потребителей.

2. Постоянное внимание высшего руководства организации к качеству услуг на всех этапах процесса их формирования.

3. Соблюдение высоких стандартов медицинского обслуживания.

4. Использование системы мониторинга результатов медицинского обслуживания.

5. Внедрение и поддержание в эффективном состоянии системы удовлетворения жалоб пациентов.

6. Удовлетворение и Сотрудников организации, и пациентов. В связи с полной или частичной неосязаемостью медицинских услуг, пациенты весьма чутко реагируют на наличие в медицинском обслуживании осязаемых факторов, помогающих оценить потенциальное качество медицинского обслуживания. Поэтому необходимо стремиться создать предпосылки услуг высокого качества:

- через внешний вид клиник и офиса организации;
- оформление интерьеров клиник и офиса;
- наличие и внешний вид современного медицинского оборудования;
- высокий уровень используемой оргтехники и расходных материалов;
- системы коммуникаций;
- вид и образ руководителей организации, ее сотрудников, их корпоративную культуру;

- состав других Пациентов, пользующихся услугами организации.

В дополнение к осязаемым факторам, в решении данной проблемы конкурентного преимущества медицинскими организациями используется другой, не менее действенный инструмент – **информационно-психологическое** воздействие на Потребителей целевых рынков, заключающееся: в создании неповторимого образа организации и предоставляемых ею медицинских услугах;

- поддержании на достойном уровне деловой репутации организации, авторитета торговой марки и лидера организации;

- формировании каналов распространения позитивной информации об удовлетворении потребностей пациентов “из уст в уста” и через лидеров общественного мнения. Опыт показывает, что применение вышеназванных инструментальных групп, в конечном счете, позволяет медицинским организациям повысить степень доверия пациентов к своей компании, что является важнейшим составным элементом ее конкурентоспособности. Другой специфической особенностью медицинской услуги, влияющей на ее способность конкурировать, является одновременность ее производства, предоставления и потребления. Поэтому прямым следствием для организации этой специфики услуг является то, что качество медицинских услуг находится в непосредственной зависимости от:

- характера и уровня взаимодействия персонала организации и ее Пациентов, а также различных групп сотрудников между собой;

- иных лиц, активно вовлеченных в процесс обслуживания или пассивно его наблюдающих;

- способностей персонала в фиксированное время, а порой незамедлительно реагировать на потребности Пациентов в процессе их медицинского обслуживания, а при необходимости и вносить коррективы в этот процесс.

Все вышесказанное лишний раз подтверждает, что свои конкурентные преимущества стоматологическая организация может создать только через эффективное управление персоналом организации.

Маркетинговые стратегии:

1. *Стратегия продукта (услуги)* - традиционно решает задачи, связанные с ассортиментной политикой и политикой в области качества. Применительно к медицинской организации эти политики взаимосвязаны, т.к. благодаря выбранному ассортименту медицинских услуг организация может обеспечивать требуемый уровень комплексности при лечении тех или иных стоматологических заболеваний. Следовательно, принцип комплексности, равно как и принцип превентивности, является неотъемлемой частью обеспечения качества медицинской помощи. Тенденции развития рынка стоматологических услуг показывают, что в зависимости от размеров и структуры организации, Компании могут выбрать одно или комбинацию из следующих стратегических направлений:

- становиться более узкоспециализированными организациями (клиниками);
- предоставлять Потребителю широкий ассортимент стоматологических услуг и услуг сопутствующего сервиса;
- расширяться по территориальному и региональному принципу, формируя сеть филиалов. Однако, какое бы стратегическое направление развития не выбрала медицинская Компания, она должна решить для себя вопрос: “Что означает для нее политика в области качества медицинского обслуживания?” Нет надобности, убеждать кого-либо, что данный вопрос является приоритетным для медицинской организации любой формы собственности. Ведь речь идет о величайшей ценности человека – его здоровье! Особенно актуален этот вопрос для стоматологических организаций, выбравших в качестве базовой стратегии дифференциацию и ставящих своей целью формирование устойчивых конкурентных преимуществ на основе качества медицинского обслуживания. Руководство таких организаций обязано задекларировать свою политику в области качества в специальном документе.

Она должна касаться:

- уровня качества предоставляемых услуг;
- образа организации и ее репутации в области качества;
- целей обеспечения качества услуг;
- выбора подхода к достижению целей в области качества;
- роли персонала стоматологической организации, ответственного за реализацию политики в области качества.

При разработке политики в области качества руководители стоматологической организации должны учесть следующее:

- сформулированную миссию организации;
- базовые стратегии, на которые опирается деятельность Компании;
- кто является целевыми Пациентами организации?;
- какая модель управления качеством выбрана для реализации в Компании;
- качество услуг и затраты (цены) на услуги взаимосвязаны;
- основной критерий суждений целевых Пациентов о качестве полученных услуг – их соответствие сформировавшимся ожиданиям;
- и т. д.

2. *Стратегия продвижения услуг* - базируется на обязательном сегментировании целевого рынка, выделении специфических групп, изучении индивидуальных потребностей, запросов и предпочтений Пациентов целевой группы в медицинских, дополнительных и сопутствующих услугах, а также их требований к элементам главного процесса, участниками которого они являются.

Для реализации этих установок многие стоматологические организации:

- проводят периодическое изучение целевого рынка (услуги, Потребители, конкуренты);

- проводят периодическое анкетирование (опрос) своих Пациентов в клиниках;

- ведут регулярный опрос всех Пациентов, закончивших лечение;

- обрабатывают информацию с целью выявления общих требований и пожеланий Пациентов, а также их потребность в предоставлении индивидуальных услуг и отношений;

- разрабатывают и внедряют внутрифирменные стандарты на услуги и процессы;

обеспечивают индивидуальное сопровождение особо важных, с маркетинговой точки зрения, Пациентов, “пилотных” Пациентов корпоративных Партнеров;

- контролируют качество медицинского обслуживания, используя различные информационные каналы (жалобы Пациентов, обратную связь, проверки уполномоченных должностных лиц, взаимоконтроль и т. д.);

- проводят регулярное обучение и аттестацию всех сотрудников – участников главного процесса. Для обеспечения требуемого спроса на предлагаемые услуги крупные Компании используют комплексные методы по их продвижению к потенциальным Потребителям (Пациентам). Это обычно осуществляется посредством:

- использования рекламы;

- методов стимулирования сбыта;

- персональных продаж;

- продаж корпоративным (ассоциированным) покупателям, например, страховым Компаниям;

- методов связи с общественностью;

- управления торговыми марками (брендингом);

организации деловых встреч, соглашений.

Однако, если учесть, что затраты на продвижения услуг занимают в бюджете Компании не последнее место, то становится очевидным, что под комплексностью следует понимать оптимальное сочетание выбранных коммуникационных каналов и маркетинговых мероприятий, реализуемых через них. Задача, как показывает опыт, непростая, имеет как стратегические, так и оперативные аспекты в своем решении. Каждая организация ищет в этой области свое решение, часто методом проб и ошибок. Тем не менее, в ее решении прослеживаются два взаимодополняющих стратегических подхода. Первый касается привлечения первичных пациентов, второй – особенностей работы с постоянными пациентами организации. Опыт показывает, что мотивацией, а затем и сформированной потребностью, к обращению за услугой для первичного пациента является, в большинстве случаев, наличие заболевания, которое он, чаще всего, самостоятельно идентифицирует с конкретной областью медицинских услуг. Другими словами, подавляющее число первичных пациентов обращались и впредь будут обращаться в медицинскую организацию за конкретной медицинской помощью, т. е.

“входить” в компанию через конкретный вид услуг. Собственно, многие стоматологические организации на этом и строят свою рекламную политику.

Однако первичный пациент, обратившийся в Компанию с одной проблемой, должен не только решить ее в данной организации, но и в дальнейшем видеть компанию в качестве основного партнера по поддержанию своего “стоматологического” здоровья (целевая установка для любой стоматологической организации). В рамках достижения синергетического эффекта, задачами медицинских подразделений организации по отношению к первичным пациентам являются:

- восстановление здоровья пациента посредством решения его медицинской проблемы (полное удовлетворение запроса пациента);
- по возможности, всесторонняя оценка состояния его здоровья с привлечением собственных средств организации или возможностей внешних партнеров (комплексность, превентивность);
- проведение с Пациентом разъяснительной работы и убеждение его в том, что стержневая компетенция данной организации – ключ к восстановлению и поддержанию его здоровья на соответствующем уровне (комплексность, превентивность, синергетический эффект);

организация процессов внутренней и внешней дистрибуции для решения медицинских проблем Пациента (существенный резерв по взаимной загрузке разнопрофильных и однопрофильных клиник и достижению синергетического эффекта);

- управление оказанием услуг в комплексе, с созданием в перспективе консультативного центра, обслуживающего все медицинские направления диверсифицированной Компании. Например, для стоматологической организации, предлагающей качественные стоматологические услуги, увеличение доли первичных Пациентов возможно за счет:

- их “перетягивания” из других клиник, конкурирующих с ней в одной ценовой группе (задача сложная);
- Пациентов, которые по традиции лечатся в более дешевых клиниках и кабинетах, хотя по платежеспособности могут лечиться и в клиниках с более высокими ценами на услуги;
- Потребителей стоматологических услуг данного ценового сегмента, не определившихся по тем или иным причинам с выбором врача и клиники;
- ассоциированных Потребителей услуг.

Последние две группы, как показывает опыт, имеют пока наибольший потенциал и привлекательность для операторов стоматологического рынка. Стратегия, основанная на построении **долгосрочных отношений**, соответствует самой современной парадигме маркетинга – маркетингу управления взаимоотношениями с клиентами.

Достижение этой цели связано с выполнением следующих **трёх условий**:

Качество услуги и удовлетворенность потребителя услуг. Накопленный в частной стоматологии опыт показывает, что высокое качество процессов

оказания услуги является основой построения долгосрочных отношений с Пациентами. Однако качество процессов не является единственным условием. Качество познается только в сравнении с ценой, которую приходится за него отдать. Человек, ограниченный в средствах, но бережно относящийся к своему здоровью, останется довольным, несмотря на высокую стоимость лечения, если его ожидания будут полностью удовлетворены.

Удовлетворенность потребителя услуг и сила отношений. Существуют барьеры для выхода из отношений. Кто-то не любит перемены мест, поэтому по привычке лечится у прежнего стоматолога. Другого пациента от разрыва отношений сдерживают внешние барьеры (экономические, географические, временные и т. д.).

Сила отношений и их длительность. Очень часто отношения длительны по причине существующих барьеров выхода из них. Но, возвращаясь к теме качества, отношения критичны к каждому своему эпизоду. Всего один критический эпизод может привести к разрыву отношений с пациентом и испортить успехи, достигнутые в прочих эпизодах, называемых рутинными. Что же касается состоявшихся (постоянных) пациентов стоматологической организации, то работа с ними должна строиться на основе стратегии долгосрочных взаимовыгодных отношений. То есть по отношению к этим Пациентам организация должна позиционироваться через свою стержневую компетенцию со всеми вытекающими из этого действиями. Чтобы лучше других поддерживать здоровье своих постоянных Пациентов, Компания должна постоянно о них заботиться и, по возможности, не допускать их заболевания, что требует от нее:

- построения системы ранней диагностики с проведением превентивных мероприятий;
- перевод на качественно иной уровень системы долгосрочных отношений с Пациентами, способной формировать лояльность Пациентов к Компании;
- создания эффективной системы стимулирования Пациентов к профилактическим обращениям;
- мотивация сотрудников (в первую очередь Врачей) к максимальному достижению синергетического эффекта ($2+2=5$) от комплексного использования различных медицинских специализаций организации;
- активизации постоянных Пациентов в выполнении дистрибьюторских функций (привлечение первичных Пациентов).

Решение перечисленных задач в рамках стратегии управления взаимоотношениями с пациентами, возможно только при объединении усилий всех заинтересованных подразделений и должностных лиц. При таком подходе на верхний уровень иерархии выведены участники главного процесса, т. е. специалисты, формирующие у пациента ценностное восприятие услуг на всех этапах его взаимодействия с организацией. Управленцы среднего звена в данной структуре имеют разную функциональную специализацию (снабжение, финансы и т. д.), но их

объединяет то, что они обязаны обеспечивать потребности специалистов-профессионалов. Основу стратегии должна составлять система качества медицинского обслуживания с наличием управления на всех уровнях, включая руководство организации.

Таким образом, основными задачами системы управления взаимоотношениями с пациентами являются:

- определение целевых групп пациентов, их запросов и предпочтений;
- привлечение пациентов целевой группы (загрузка клиник);
- решение медицинской проблемы пациента и его полное удовлетворение полученными услугами и взаимодействием;
- извлечение коммерческой выгоды для Компании (продажа услуг);
- удержание потребителей услуг в качестве постоянных Пациентов (формирование лояльности);
- формирование у пациентов побуждений для добровольной дистрибуции услуг организации (активизация дистрибьюторской функции);
- создание общественного благоприятного мнения о Компании через Пациентов и по другим коммуникационным каналам.

В условиях конкурентной борьбы эффективность деятельности любой организации, оказывающей стоматологические услуги, во многом зависит от правильно выбранной стратегии и тактики ценообразования. **Ценовая стратегия** – это планирование ценовых решений в соответствии с изменением окружающей среды и внутренних условий функционирования Компании. Выделяют стратегии роста цен, неснижения цен и другие.

Ценовая политика – это система общих правил и принципов определения цен с целью позиционировать продукт и саму Компанию по отношению к Потребителю, конкурентам и другим организациям. Выделяют политику лидера, политику следования за лидером, политику следования за конкурентами и независимую ценовую политику, политику единых цен, политику дискриминационных цен. Ценовая тактика – это система правил и принципов определения поправок к базовой цене в зависимости от конкретных условий продаж, а также для решения задач развития Компании на ограниченном временном интервале. Занимаясь вопросами ценообразования в организации, оказывающей населению стоматологические услуги, необходимо помнить общие принципы установления цен:

- цена – это средство достижения определенных целей развития стоматологической организации;
- приоритет внешних ценообразующих факторов;
- принцип взаимосвязи ценовых решений с другими решениями;
- основа правильного ценового решения – качественное информационное обеспечение.

Согласно классической теории, цена продукта является мерой того, сколько пользы может принести нам данный продукт. Так как объективной меры полезности не существует, то цена это всегда мера полезности

альтернативного использования. К числу наиболее известных и часто используемых в практике методов ценообразования можно отнести:

- затратный метод (“средние издержки + прибыль”);
- метод обеспечения целевой прибыли;
- метод следования за конкурентом;
- метод установления цены на основе ощущаемой ценности услуги.

Для стоматологической организации, предлагающей качественные услуги, наибольший интерес представляет последний из перечисленных методов. Ценностное ценообразование – метод ценообразования, обеспечивающий получение большей прибыли за счет достижения оптимального соотношения “ценность/затраты”:

Потребители → ценность → цены → затраты → технологии → услуга

Под ценностью медицинской услуги, как уже отмечалось ранее, понимается единство ее клинического качества и потребительских свойств, обуславливающих ее пригодность удовлетворять определенные потребности конкретного Пациента в восстановлении и поддержании здоровья. Интегральным показателем ценности медицинской услуги является удовлетворенность Пациента процессом получения услуги и результатами ее приобретения. Ценность основывается на покупательском восприятии услуги. Потребитель подсознательно стремится к тому, что олицетворяет в его глазах тот образ, к которому он хочет быть причастен. Причем ценность стоматологической услуги для Потребителя, организация может формировать самостоятельно, используя различные методы, например, маркетинговые. Кроме того, врач-стоматолог, являясь полноправным участником рыночных отношений, сам обязан “создавать” ценность для Пациента не только тех стоматологических услуг, которые он в состоянии предложить, но и свою, “личностную” ценность. Это, собственно, касается и других участников процесса взаимодействия с Пациентом. Все они должны образовывать единую команду, которая реализует маркетинговые принципы управления организацией. Управление политикой ценообразования в клиниках стоматологической организации может осуществляться через двухуровневую систему:

- управление стоимостью лечения (Врач выступает в качестве Продавца);
- управление изменением цен на услуги с учетом позиционирования клиники на рынке и внутри организации.

Реализация первого уровня продуктивна при использовании в ценообразовании “коэффициентов сложности” или “коридора” цен на оказываемые услуги и системы стимулирования спроса. Здесь основная задача состоит в максимальном раскрытии возможностей Врача-стоматолога как Производителя, Продавца и Дистрибьютора своих услуг. Для этих целей в стоматологической организации должны быть разработаны:

- показатели, отражающие профессиональный и маркетинговый уровни врача;

- система оценки показателей;
- система управляющих решений (обучение, корректировка, аттестация, стимулирование).

Это относится не только к врачам организации, но и ко всем остальным службам и сотрудникам, которые должны помогать врачам формировать ценность услуг, за которые Пациенты платят деньги.

Тема 9. Маркетинговая система стоматологической организации

Цель занятия: Рассмотреть понятие «маркетинг медицинских услуг». Сформировать представление способах проведения сегментации. Развить представления о маркетинговой информационной системе. Изучить возможности применения различных маркетинговых стратегий в стоматологии.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Причины динамичного развития рынка стоматологических услуг.
2. Субъекты стоматологического бизнеса.
3. Фрагментированность стоматологического рынка, причины фрагментированности.
4. Понятие сегментации. Способы проведения сегментации.
5. Этапы принятия решения пациентом, их характеристика.
6. Требования, которым должны удовлетворять сегменты рынка.
7. Сегментация по психографическому признаку.
8. Перечень критериев сегментации.
9. Сегментация конкурентов.
10. Понятия внутреннего маркетинга и внешнего маркетинга.
11. Маркетинговая Информационная Система (МИС) – определение.
12. Цели маркетинга.
13. Характеристика функциональных подразделений службы маркетинга (отдел рекламы, отдел внутреннего маркетинга, отдел PR и т.д.)

С развитием предпринимательства и модернизации государственного сектора коренным образом меняется система отечественного здравоохранения. Одним из проявлений этих изменений является формирование рынка платных медицинских услуг. К числу наиболее динамично развивающихся секторов этого рынка, пожалуй, следует отнести стоматологию. Причин этому несколько:

- стоматология, как ни одна другая медицинская специальность, сохраняла тяготение к оказанию платных услуг во все времена становления и развития государственной системы здравоохранения в нашей стране (хозрасчетные стоматологические клиники, кабинеты частной практики);

- частная стоматологическая практика имеет глубокие исторические корни как в нашей стране, так и во всем мире;

- при переходе к новым экономическим отношениям, резком сокращении бюджетных ассигнований на здравоохранение и одновременном появлении на российском рынке дорогостоящего высокотехнологичного медицинского оборудования коммерческая стоматология органично вписалась в развивающийся в стране рынок.

Предпосылками возникновения и развития стоматологического в России явились:

- изменение методов финансирования медицинских учреждений с возникновением и развитием новых хозяйственных механизмов;

- развитие коммерческих медицинских учреждений, функционирование которых предполагает получение прибыли от реализации услуг;

- появление новых источников финансирования, независимых от государства, в лице страховых Компаний, самих покупателей медицинских услуг;

- увеличение затрат медицинских учреждений на оказание услуг в связи с применением новых технологий лечения, более совершенного оборудования, новых лекарственных средств;

- повышение требований к качеству медицинских услуг и уровню сервиса в условиях роста объема платных услуг;

- ухудшение состояния здоровья населения в связи с уменьшением его обращаемости в медицинские учреждения вследствие осложнения экономической ситуации и социальной нестабильности в стране; и т. д.

Субъектами бизнеса в сфере оказания стоматологических услуг выступают:

- предприниматели, то есть лица, осуществляющие инициативную деятельность на свой риск и под свою исключительную экономическую и юридическую ответственность;

- коллективы предпринимателей и предпринимательские ассоциации;

- государственные структуры в тех случаях, когда они выступают непосредственными участниками сделок;

- индивидуальные потребители стоматологических услуг (Пациенты);

- работники, осуществляющие трудовую деятельность на контрактной или иной основе.

Классификация хозяйствующих субъектов в российской стоматологии проводится по ряду признаков, ведущим из которых является право собственности. Субъектами права собственности являются:

- граждане (физические лица);

- юридические лица;

- публично-правовые образования.

По действующему законодательству существуют следующие организационно-правовые формы предприятий:

- государственное предприятие;

- частное предприятие;
- товарищество;
- общество.

По организационно-правовой форме среди юридических лиц классифицируются:

- коммерческие организации;
- некоммерческие организации.

Основная цель функционирования коммерческих организаций – извлечение прибыли.

Коммерческую деятельность могут вести как негосударственные организации (НО), так это право предоставлено и некоторым государственным и муниципальным унитарным предприятиям (ГиМУП).

Коммерческие организации представлены:

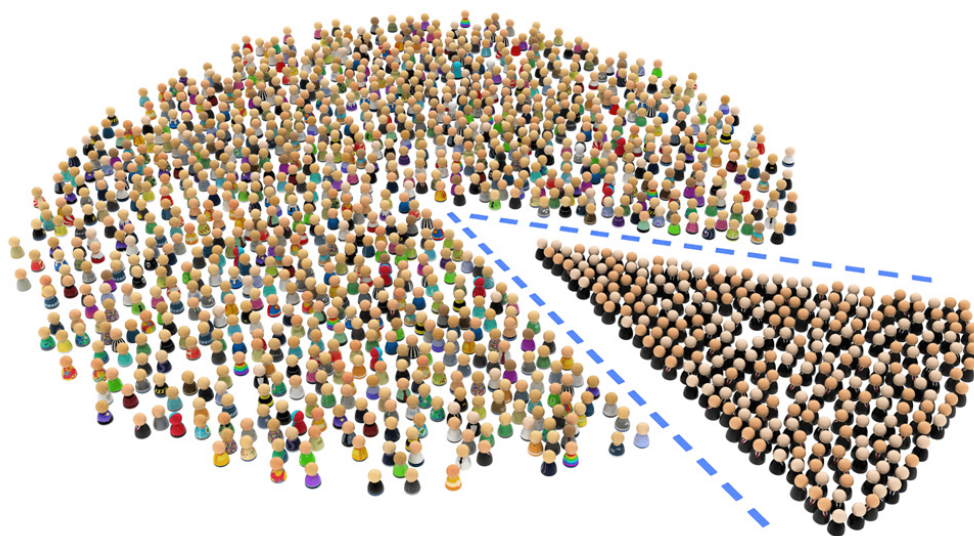
- хозяйственными товариществами и хозяйственными обществами;
- производственными и потребительскими кооперативами;
- государственными и муниципальными унитарными предприятиями;
- индивидуальными предприятиями.

Коммерческая медицина вообще, и коммерческая стоматология – в частности, относятся к фрагментированным секторам рынка как в силу отсутствия глобализации в потреблении, так и вследствие наличия потребительских сегментов, модели покупательского поведения которых различны в самой своей основе. Причем специфично, что рынок производителей услуг также фрагментирован. Вопрос о первичности и причинно-следственных связях сопоставим по сложности с основным вопросом философии, поэтому обсуждение его не является темой настоящей книги. По сути, понятие фрагментированности российского рынка в области стоматологии сводится к отсутствию явных рыночных лидеров национального масштаба, а также широкой, общенациональной приверженности потребителей к какому-либо типу потребления или продукта. Все рынки – локальны и высокосегментированы.

Причины, лежащие в основе фрагментированности, очевидны. Сама природа стоматологической услуги (если рассматривать ее в контексте плана лечения, санации) предполагает локальное потребление. Исключения из основной модели поведения пациентов – потребление по месту проживания (населенный пункт) – редки. Ситуация проистекает, естественно, от природы продукта – услуги, которая транспортировке не подлежит. Это дает конкурентные преимущества местным компаниям, знакомым со своими потребителями и условиями местного рынка. В своей практической деятельности негосударственная стоматологическая организация, как и все рыночные субъекты, вынуждены пользоваться такой маркетинговой процедурой, как сегментация.

Сегментация – процесс разделения существующих или потенциальных потребителей в пределах конкретного рынка на группы, или сегменты. Внутри этих групп, или сегментов, потребители имеют одинаковые или

схожие требования, для удовлетворения которых используются определенные инструменты маркетинговой смеси.



Осуществление хозяйственной деятельности в рыночных условиях ставит перед рыночной личностью, которой и является любая Компания, ряд задач, успешное решение которых обеспечивает наилучший контакт с потребителями, что в свою очередь приводит к повышению эффективности деятельности и выводит компанию на новый уровень. Впрочем, ошибки в этой области также имеют выраженные последствия, правда, гораздо менее приятные для компании. Таким образом, чем более правильно будет выполнена сегментация и чем более точно будут определены комплексы маркетинга для каждого из сегментов, тем успешнее будет деятельность компании. Сегментация рынка важна как для небольших стоматологических организаций, так и для крупных, поскольку каждая из них должна стремиться наилучшим образом проявить свои конкурентные преимущества в условиях жесткой конкуренции. В маркетинге, в первую очередь, критична и наиболее часто встречается сегментация, выполненная в отношении потребителей. Тем не менее, правомерно выполнение по аналогичному алгоритму сегментации конкурентов, а также предложений. Фактически все эти варианты являются декомпозицией рынка, позволяющей рассмотреть действующие рыночные силы по составляющим элементам, определяя значимость и влияние с высокой степенью точности. Во избежание путаницы, мы рассмотрим сегментацию стоматологического рынка по потребителям по всему комплексу анализа, а затем остановимся на других проекциях. Основой сегментации является глубинное понимание процесса принятия решения, осуществляемого потенциальным потребителем, – в нашем случае, пациентом.

Типы влияния на принятие решения в стоматологии имеют стандартную структуру. В этом разделе мы обозначим основные, характерные для этого бизнеса особенности, с тем, чтобы более подробно рассмотреть их позднее, когда будем рассматривать управление спросом. В целом, можно выделить

четыре типа влияний на принятие решений о “вхождении в сделку” по получению стоматологической услуги:

Индивидуальные особенности, формируемые восприятием, отношением и мотивациями.

Влияние со стороны группы – как уже говорилось выше – референтное влияние в стоматологическом бизнесе имеет первостепенное значение. Принятый в группе “стиль жизни”, системы ценностей и тому подобное прямыми и косвенными способами формируют отношение индивидуума к услуге. Активно формирующийся у представителей российского “среднего класса” “здоровый образ жизни” включает получение стоматологических услуг в полном объеме. Подобное поведение одобряется обществом. Более того, гигиенические и эстетические услуги оказываются на уровне соответствия модным тенденциям.

Влияние со стороны производителей услуг – в российской коммерческой стоматологии коммуникации с потенциальными и фактическими пациентами развиты даже шире, нежели в Европе и США. Крупные Компании и сети дают массированную рекламу в СМИ, используют PR, формируя стереотипы отношений, а также используя мотивационные механизмы. Кроме того, как уже отмечалось в разделе об эволюции продукта “стоматологическая услуга”, производители услуг активно работают по адаптации продукта к нуждам и запросам пациентов, зачастую даже опережая их.

Влияние внешней среды – здесь речь идет о влиянии некоего внешнего окружения: изменения в экономике, технологии, политике и обществе. Здравоохранение является популярной темой практически во всех аспектах нашей повседневной жизни. Наше общество перенимает и/или формирует новые стереотипы, которые становятся неотъемлемой частью нас. Вне всякого сомнения, позитивные установки, связанные со здравоохранением вообще и со стоматологией в частности, в существенной мере формируют тенденцию, направленную на получение услуг такого рода. Понимание особенностей принятия решения о “вхождении в сделку” по поводу стоматологической услуги, а также типов влияния на сам процесс принятия решения приводит нас к пониманию того, что возможна группировка потребителей (пациентов) по неким схожим характеристикам. Это и будет та самая сегментация, которой посвящена эта глава. При этом необходимо отдавать себе отчет в том, что:

1. Потребители могут быть сгруппированы различными способами;
2. данные сегментации позволяют формировать адаптивные к сегментам комплексы маркетинга, дающие компании преимущество в конкурентной борьбе;
3. знание характеристик сегмента дает возможность прогнозирования рыночного поведения его представителей.

Кроме того, практически любой сегмент должен удовлетворять следующим требованиям:

1. Размер – сегмент должен быть велик либо по размеру, либо по покупательским возможностям. В противном случае он не будет прибылен для крупных стоматологических компаний. Однако стоматологический рынок специфичен тем, что Врачи районных клиник, работающие на возмездной основе, и частные кабинеты выступают как консолидированный рыночный субъект (“свой Врач”), что видоизменяет понятие сегмента, укрупняя его до уровня “Пациенты “своих Врачей”” (а не “маркетинговые ниши”, занятые каждым из практикующих субъектов по отдельности!!!).

2. Оpoznаваемость – критерии, по которым определяется сегмент, должны быть четко опознаваемы и измеримы. Это определяет прогнозируемость поведения потребителей, составляющих сегмент. Попытки выполнять сегментирование по неявным, либо неизмеримым характеристикам приводят к серьезным рыночным ошибкам. Впрочем, такого рода ошибки на стоматологическом рынке сосредоточены по большей части в области коммуникаций либо неспецифичных услуг.

3. Соответствие – задает правило “сцепления”, то есть критерии разделения на сегменты должны соответствовать важнейшим характеристикам предлагаемого продукта. Однако, надо отметить, что в коммерческой стоматологии это правило дает сбой! Как уже отмечалось выше, выбор производится не по прямым параметрам продукта (стоматологической услуги), а по отвлеченным – эмоциональным, экономическим и т.д. Отсюда необходимость подачи продукта потребителям на основании его “непрямых” критериев, а не объективных преимуществ. Это сложная задача.

4. Доступность – представитель сегмента должен иметь возможность получить продукт (стоматологическую услугу), что указывает на географические критерии, а также получить информацию (коммуникации) о возможности получения и характеристиках услуги. Объединение потребителей в группы возможно по различным критериям.

Многолетний мировой опыт проведения сегментации потребителей в различных областях деятельности выделил четыре основные фракции, описывающие наиболее распространенный спектр.

Сегментация по географическому признаку. Сегментация по данному признаку предполагает разбивку рынка на разные географические единицы, в зависимости от того, где потребитель живет, работает или совершает покупки. Что касается рынка стоматологических услуг, то здесь, в силу фрагментированности отрасли, речь может идти о местных (локальных) рынках, например, городских, с выделением в них характерных районов или зон. Два типа деления (административный и по зонам) основаны на объективной необходимости учитывать более важные характеристики, нежели простое административное деление. Здесь имеется в виду, прежде всего, ориентация на административную информацию. Целесообразно выделить при зонировании следующие характеристики жилого массива:

- какие социальные слои преобладают (живут, работают, покупают) в выделенном районе. Иногда этот признак может служить исходным требованием для выделения района. Простейшими источниками такого зонирования могут служить, например, ценовая карта города или карта зон притяжения;

- величину выделенного района/зоны. Крайне важно учитывать не фактически занимаемые площади на поверхности земли, а особенности застройки (например, наличие промышленных предприятий или спортивных сооружений);

- плотность и численность населения. Характеристика должна быть обязательно уточнена наличествующими в районе/зоне тенденциями (спальный район, бизнес-сити, концентрация центров притяжения и т.п.);

- удаленность от центра города рассматривается обычно с точки зрения сообщения с деловой частью города либо с рекреационными зонами. Критична только для городов-миллионников. В случае небольших городов, имеющих градообразующие предприятия, рассматривать эту характеристику бессмысленно;

- транспортная сеть района и другие коммуникации. Крайне важная характеристика, актуальна практически во всех случаях.

Сегментация по демографическому признаку. Для стоматологических услуг данный подход является актуальным по нескольким причинам:

- демографические признаки легко поддаются количественной оценке;
- демографические данные легко могут быть получены из открытых источников;
- потребность в стоматологических услугах во многом определяется именно демографическими признаками.

Как уже упоминалось выше, именно демографические данные могут послужить для маркетологов или менеджеров хорошими исходными данными для получения информации о параметрах Потребителей. Основное достоинство их состоит в том, что количество открытых данных по проводимым (даже нецелевым) маркетинговым исследованиям край не велико. Простейшее – сопоставление демографических сегментов их описанию в части других признаков позволяет в кратчайшие сроки и с минимальными затратами получить достаточную информацию об интересующем сегменте. Однако такого вида работы могут оказаться под силу только высокопрофессиональным маркетологам-аналитикам, так как подобная “сшивка” имеет массу подводных камней и факторов, влияние которых неочевидно начинающему специалисту. При отсутствии специалистов необходимого уровня более правильно ориентироваться на заказ собственных исследований, так как цена ошибки крайне велика.

Сегментация по психографическому признаку. Под психографическими признаками понимаются психологические или социологические характеристики Потребителей. Не секрет, что в зависимости от такого рода характеристик поведение одних и тех же

географических или демографических сегментов может различаться весьма существенно. Основными критериями, важными для сегментации, являются:

- тип личности (например, амбициозный, застенчивый, непритязательный, импульсивный и т.п.);
- образ жизни (например, молодой преуспевающий бизнесмен, предпочитающий активный отдых).

Сегментация по этой группе признаков дает обширнейшую информацию для всего комплекса маркетинга. Знание типа личности приводит к адаптации коммуникаций на всех уровнях взаимодействия под конкретный сегмент, а также на формирование способствующих лояльности взаимоотношений в процессе получения услуги. Знание образа жизни Потребителей позволяет гармонично использовать все компоненты маркетинговой смеси с минимальным или (в особо удачных случаях) отсутствующим потребительским сопротивлением.

Применительно к стоматологическому бизнесу критично понимание истинных механизмов взаимодействия именно в проекции отношения к стоматологической услуге. Так, например, как ни странно, амбициозные, волевые люди в большей степени подвержены страху при посещении Врачей, импульсивные – склонны к конфликтам и т.п. Знание образа жизни приобретает особое значение применительно к Premium-сегментам, то есть сегментам с высоким или близким к высокому доходу. Образ жизни здесь может накладывать отпечаток “статусности” – стремления покупать “самое лучшее” (дорогое). То есть мотивация к приобретению какого-либо продукта преобразуется в мотивацию к приобретению “самого лучшего продукта в самом лучшем (дорогом) магазине”.

Специфично, что сегмент, определяемый одним и тем же уровнем платежеспособности, имеет очень разный культурный уровень и уровень опыта. Поэтому зачастую происходит подмена “лучшего” (определяется наличием базы критериев выбора) “самым дорогим” (отсутствие базы, выбор по принципу “самое дорогое – значит самое лучшее”). Наличие данных об образе жизни позволяет отличать первый тип поведения от второго и использовать полученные выводы для пользы дела.

Сегментация по поведенческому признаку. Этот тип критериев определяет отношение Потребителя к продуктовым сделкам и к взаимодействию по поводу сделок (и до, и после). Критерии могут показаться близкими к психографическим признакам, но следует обращать внимание на проекцию, в которой рассматриваются эти группы. Поскольку поведенческие критерии рассматриваются только в проекции “к сделке”. Этот тип критериев имеет решающее значение в выстраивании цепочки взаимоотношений с Потребителем, они ближе всего к практической каждодневной деятельности и к процессу принятия решения. К наиболее важным для стоматологической области можно отнести следующие критерии:

Искомые выгоды – как уже было отмечено, Потребители ищут не “резекцию корня” и не “пломбировку каналов латеральной конденсацией”. В большинстве своем им все равно – латеральная она или еще какая-нибудь. Более правильно определять искомые выгоды в вербализации самих представителей сегментов, например, “качество лечения”, “безболезненность”, “безопасность”, “приемлемая цена” и т.п.

Статус пользователя – критично для выстраивания взаимоотношений (пользователь-новичок более склонен к непредсказуемым действиям и реакциям, нежели постоянный пользователь; возвращенный бывший пользователь – успех Компании и т.д.).

Обстоятельства совершения сделки – критерий является основой для разработки системы продаж, которые в стоматологическом бизнесе осуществляют Врачи, а не профессиональные продавцы. Это придает уровню понимания данного критерия особое значение.

Степень лояльности – важность этого критерия в стоматологии трудно переоценить в контексте важности референтного механизма в принятии решения о принятии плана лечения. В стоматологии лояльный Пациент – это пропагандист услуг Компании. Перечень критериев сегментации может быть продолжен и расширен. Его размер и уровень детализации зависят от того, какие цели и задачи ставит перед собой стоматологическая организация, какие группы Пациентов она собирается обслуживать, обеспечена ли Компания возможностями для достижения своих целей. Термин “сегментация” не всегда адекватно применим к конкурентам. Тем не менее, любой конкурентный анализ строится на последовательном разделении (декомпозиции) и последующем объединении по неким ключевым признакам. Таким образом, мы получаем нечто подобное процедуре сегментации. На основании данного предположения мы будем использовать далее этот термин без скобок.

ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП	ПСИХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП
Расположение рынка. Численность и плотность населения. Структура коммерческой деятельности. Динамика развития региона. Уровень инфляции. Юридические ограничения.	Общественное положение. Образ жизни. Тип личности.
Повод для совершения покупки. Искомые выгоды. Статус пользователя. Интенсивность потребления. Степень приверженности. Информированность о товаре. Отношение к товару.	Количественный и качественный состав семьи. Этап жизненного цикла семьи. Уровень доходов. Род занятий. Образование. Религиозные убеждения. Раса. Национальность.
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПРИНЦИП	ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП

Сегментация конкурентского массива с последующим определением критериев объединения и анализом результатов дает необходимую

информацию о состоянии рынка и об истинной (а не умозрительной) конкуренции в целевом сегменте. Поясним свою мысль. Зачастую кажется, что рынок заполнен сильными конкурентами, которые буквально выхватывают у стоматологической организации последних Пациентов, привлекая их массовой рекламой и заманчивыми предложениями. Подобная точка зрения имеет право на существование в силу высокой фрагментированности стоматологического рынка. Тем не менее, следует понимать, что полная информация по выбранному (стратегическому) потребительскому сегменту позволяет дифференцировать конкурентов на истинных (“оттягивающих” спрос) и ложных (“не оттягивающих” спрос). Для стоматологических организаций, работающих в широком ценовом диапазоне (в нескольких потребительских сегментах), количество конкурентов определяется практически всеми видами лиц и организаций, предоставляющих стоматологические услуги на коммерческой основе. Компании, выбравшие в качестве целевого один сегмент (например, “элитные стоматологические услуги” или “стоматологию эконом-класса”), в составе конкурентов имеют только те Компании, которые, так или иначе, воспринимаются как альтернатива представителями целевого сегмента. Все остальные значения не имеют. Сегментация конкурентов ставит своей целью выявление основных конкурентов на рынке (эта информация снимается с представителей целевого потребительского сегмента), изучение их слабых и сильных сторон, применяемых стратегий и т. д. Выделенный массив может быть сегментирован по различным признакам, признаваемым стоматологической организацией (и целевым сегментом) как влияющие на состояние конкуренции и взаимные конкурентные позиции. Возможно комбинирование признаков с учетом их значимости. Приведем в качестве примеров варианты критериев, по которым может быть проведена такого рода декомпозиция:

- производственные мощности, выраженные в количестве стоматологических установок, обслуживающем персонале;
- организационно-правовые формы или масштабы бизнеса;
- размеры и оснащение (материально-техническая база и технические возможности) клиник;
- политики ценообразования;
- стратегии продвижения и рыночные стратегии;
- ассортиментная политика, широта ассортимента, наличие/отсутствие специализации;
- уровень сервиса, наличие/отсутствие систем управления качеством;
- финансовый потенциал;
- превалирующая стратегия развития;
- наличие/отсутствие программ формирования лояльности для Пациентов;

- уровень специалистов (Врачей, среднего персонала, техников, менеджеров, управляющих офисов);
- наличие/отсутствие систем повышения квалификации специалистов;
- политика нацеливания/фокусирования;
- и т.д.

Сегментация по предложению - Ситуация с применением термина “сегментация” в данном случае симметрична случаю с сегментацией конкурентов. Мы исходим из того, что покупательское поведение (то есть поведение представителей целевого сегмента) строится для стоматологического бизнеса чаще всего на поиске решения возникшей стоматологической проблемы. Это вплотную приближает нас к анализу предложения. Деятельность стоматологической организации в конкурентной среде обязывает ее досконально изучать предлагаемые на рынке услуги:

- определять ассортимент предлагаемых услуг;
- выявлять востребованность тех или иных видов услуг Потребителями;
- оценивать качество стоматологических услуг и уровень сервиса;
- устанавливать ценовые группы на услуги и распределение по ним производителей услуг;
- выделять те свойства и особенности стоматологических услуг и сервиса, которые являются наиболее необходимыми и предпочтительными для целевых Пациентов;
- сформулировать конкурентные преимущества собственных услуг, которые предлагаются или планируется предлагать на рынке.

Обычно сегментация по параметрам стоматологических услуг является завершающим этапом при формировании адаптивного для целевого сегмента комплекса маркетинга. По сути, это “сшивка”, окончательная “полировка” всего сегментационного комплекса. Сегментация и выявление пробелов в предложении позволяет сделать предложения адаптированными и защищенными высокой степенью уникальности. Например, сегментацию по ценам на услуги целесообразно увязывать с категориями клиник или уровнем доходности Потребителей. Так, для московского рынка стоматологических услуг эксперты DMG предлагают использовать шесть-семь ценовых групп, на основе двух базисов: стоимости гелиокомпозитной пломбы и стоимости единицы металлокерамики. Для построения пространственной модели, удобной для последующего анализа, они берут, с одной стороны, категорию клиник по количеству стоматологических установок, а с другой – ценовые интервалы по указанным базисам. Построенные таким образом диаграммы позволяют легко определить основные тенденции распределения клиник по ценовым группам, в зависимости от категории клиник. Такой подход можно применять для построения информативных диаграмм, заменяя параметр, который берется в паре с ценовым интервалом. Успешная работа НСО на рынке медицинских услуг невозможна без эффективной системы формирования спроса, организации внешней и внутренней логистики, сервиса и продажи услуг. Все перечисленные элементы относятся к сфере

маркетинговой деятельности НСО, которая представляет комплекс скоординированных процессов:

- планирования;
- экономического обоснования;
- управления производством услуг;
- продвижения услуг к Потребителям;
- управления процессами ценообразования и продаж услуг;
- послелечебных отношений.

Реализация маркетинговых принципов управления НСО позволяет:

- получить необходимую информацию о том, какие стоматологические услуги и почему хотят получить Пациенты;
- установить сколько они готовы заплатить за них;
- определить, где наиболее выгодный спрос на конкретные стоматологические услуги и как оптимизировать структуру медицинских специализаций (служб);
- каким образом добиться более высоких объемов и качества оказываемых услуг;
- получать более высокие доходы в отличие от конкурентов;
- прогнозировать ситуацию на рынке стоматологических услуг;
- и т. д.

По определению Ф. Котлера маркетинговая система включает в себя собственно саму организацию и все заинтересованные в ее работе группы или подсистемы: Потребителей услуг, наемных работников организации, поставщиков, рекламные агентства, ученых, консультантов и всех тех, с кем организация установила взаимовыгодные деловые отношения. Какой бы ни была структура маркетинговой службы, существует набор базовых принципов, без которых ее существование бессмысленно:

- Единство целей. Что выбирается в качестве базовых целей, непринципиально. Это может быть объем продаж, прибыль, доход, доля рынка. Главное – чтобы целеполагание было выполнено грамотно и цели не противоречили.

- Простота маркетинговой структуры. Простота и четкость построения организационной структуры всегда способствует легкости ее адаптации к другим функциональным подразделениям, к принятию ее сотрудниками НСО, а, следовательно, к более активному участию в реализации маркетинговых функций в масштабе всей Компании.

- Эффективная система взаимосвязей между подразделениями, обеспечивающая четкую передачу информации. Маркетинговые службы не могут функционировать без адекватной обратной связи, а также в отрыве от исходных данных.

- Принцип единого подчинения. Маркетинговые службы успешно реализуются только в НСО, где подчинение строго однозначно. Причем это касается как функционального, так и административного подчинения. Если наличествует двойственность – будут проблемы.

- Минимальное количество звеньев маркетинговой структуры. Чем меньшим количеством звеньев характеризуется структура, тем менее длительной оказывается передача информации снизу вверх и распоряжений руководства сверху вниз. Минимизация тесно связана с эффективностью.

Основу маркетинговой системы образуют подсистемы, которые отражают соответствующие направления маркетинговой деятельности НСО:

- стратегический маркетинг;
- внешняя среда (дальняя);
- рынок стоматологических услуг (услуги, потребители, конкуренция);
- продвижения услуг к Потребителям;
- производство стоматологических услуг;
- ценообразование и продажа услуг;
- сервис и осязаемые факторы;
- внутренний маркетинг;
- маркетинговая информационная система (МИС);
- развитие НСО.

Маркетинг внешний определяет работу НСО по разработке внедрению и производству стоматологических услуг, определению цен на новые услуги, корректировке действующих цен, распределению и доведению услуг до Потребителя (покупателя), маркетинговым коммуникациям во всех их проявлениях и т.д. Комплекс внешнего маркетинга направлен на Потребителей стоматологических услуг, а также на внешние организации, то есть на людей не работающих в НСО.

Маркетинг внутренний – это работа по обучению и разработке эффективной мотивации всех работников стоматологической НСО, нацеленная на повышение качества услуг и удовлетворения Потребителей. Внутренний маркетинг включает осуществление найма работников всех категорий, обучение и стимулирование сотрудников организации высокому уровню лечения и обслуживания Потребителей услуг. Маркетинг взаимодействия в сфере оказания стоматологических услуг определяет умение персонала (администратор, медперсонал и другие контактные лица) обслужить Потребителя на всех стадиях взаимодействия с ним. Маркетинг отношений – практика построения долгосрочных взаимовыгодных отношений с Потребителями стоматологических услуг с целью установления с ними длительных, взаимовыгодных отношений.

Маркетинговая информационная система (МИС) является важной частью исполнительной информационной системы и аналитической информационной системы. Основу МИС составляют внутренние и внешние коммуникации. Внутренняя коммуникация – передача и обмен информацией между подразделениями, сотрудниками, уровнями власти. Хорошо работающая система внутреннего обмена информацией позволяет:

- координировать действия сотрудников и подразделений;
- иметь полную, свежую и качественную информацию;

- гибко реагировать на внутренние изменения.

Внешняя коммуникация – получение информации о важных для организации изменениях внешней среды, а также сообщение важной для общественности информации об организации. Хорошо работающая внешняя коммуникация информирует Компанию о всех важных событиях во внешней среде, а также представляет организацию в выгодном для нее свете. Роль МИС в системе маркетингового управления заключается в определении потребностей в информации для маркетингового управления, ее получении и своевременном предоставлении менеджерам для принятия решений. Маркетинговое же управление направлено на решение задачи воздействия на уровень, временные рамки и структуру спроса на услуги таким образом, чтобы стоматологическая организация достигла поставленной цели. Совершенно очевидно, что разработка и внедрение элементов МИС в практическую деятельность любой стоматологической организации обеспечит ей оперативный доступ к сведениям о рыночной ситуации и качественное превосходство над конкурентами. Однако необходимость и объемы внедрения такого проекта должны быть тесно увязаны со стратегией развития стоматологической организации, ее местом на рынке услуг и иметь экономическую целесообразность.

Многие стоматологические организации используют отдельные элементы МИС скорее неосознанно, интуитивно, нежели целенаправленно. Так что же такое маркетинговая информационная система? Какие элементы ее являются основными для стоматологической организации и что необходимо внедрять в первую очередь? Технологически МИС включает в себя индивидов, оборудование и процедуры сбора, сортировки, анализа, оценки и распределения необходимой своевременной и достоверной информации, используемой для принятия маркетинговых решений. Очевидно, что первоочередной задачей, которая должна быть решена при создании МИС, является оценка потребностей заинтересованных лиц в информации, ее характера и регулярности поставки. В структуру МИС обычно входит четыре подсистемы: внутренней отчетности (первичной информации), вторичной информации, маркетинговых исследований и обеспечения принятия маркетинговых решений. Основу внутренней отчетности составляет цикл “первичное обращение за услугой – запись на консультацию – явка на консультацию – консультация – лечение – оплата – профилактическое сопровождение Пациента”. Фиксация показателей этого цикла должна осуществляться в электронном виде ежедневно с помощью программы “Журнал и расчеты” корпоративной информационной системы. В Главном окне программы представлены:

- информация о записи по всем врачам и кабинетам;
- информация о пациенте;
- календарь, при помощи которого можно переключаться на другие дни и устанавливать требуемый отчетный промежуток времени;
- опции поиска пациента.

Все операции в программе “Журнал и расчеты” производятся только с выбранным пациентом, применительно к конкретному Врачу. Так, с ее помощью можно получить для конкретного Врача клиники за любой выбранный промежуток времени справку- отчет:

- 1) количество отработанных смен;
- 2) по результатам консультации первичных и повторных Пациентов (раздельно):
 - количество консультаций (общее, среднее на одну смену);
 - количество пациентов , записанных Врачом на лечение (А 1 – к себе в данную клинику, А 2 – к себе в другую клинику, В 1- к другому Врачу данной клиники, В 2 – в другую клинику сетевой стоматологической организации);
 - количество и структура отказов от лечения (“дорого”, “будет думать ” и др .);
 - распределение пациентов по потокам, с определением коэффициента “самозагрузки ” врача ;
- 3) количество посещений при лечении (общее, среднее на одну смену);
- 4) коэффициент использования рабочего времени;
- 5) выработку Врача с определением его рейтинга относительно других Врачей данной специализации.

Система также позволяет получать динамические данные о потоках Пациентов (первичных или повторных) с детализацией по Врачу /кабинету. На сегодняшний день в области программного обеспечения реализованы многие функции, облегчающие решение подобных задач. Возможно использование таких приложений MS Office, как Excel, Access, а также статистических программ (SPSS, Statistica) и маркетингового анализа (Marketing Expert, Касатка). Интеграция внешнего ПО с внутренней информационной системой увеличивает ценность анализа, экономит время на выполнение работ специалистов-маркетологов. Но, с другой стороны, ужесточает требования к подготовке таких специалистов. С другой стороны, сбор информации осуществляется “на местах” контактными персоналом, представленным в первую очередь администраторами, вносящими данные по пациенту.

В силу важности контура обратной связи, полнота информации о Пациенте имеет принципиальное значение. Но также важно не превращать первичный опрос пациента в длительное глубинное интервью. Таким образом, для администраторов клиник должны быть разработаны анкеты, инструкции и другие методические документы, регламентирующие формы и процессы получения первичной информации. Целесообразно привлекать к этой работе специалистов-психологов, самих администраторов клиник, сотрудников департамента информационных технологий, а также бухгалтерию НСО.

Особое внимание должно быть уделено проведению разъяснительных бесед с администраторами и Врачами о целях, задачах и важности работы по

сбору информации, выяснению предложений по оптимизации содержания анкет, обсуждению технологии работы по данному направлению. Чрезвычайно важно убедить администраторов и Врачей клиник в необходимости поставлять ежедневно достоверную информацию. Опыт показывает, что для надежного функционирования подсистемы необходимы контроль и стимулирование труда персонала. Обязательным требованием к формам для сбора информации о Пациентах является их удобство в использовании, так как администратор выполняет множество различных функций, среди которых фиксация маркетинговых данных не является приоритетной.

По сути, вносимые в МИС администраторами данные являются первичной информацией. Так как данные по Пациентам хранятся в системе, возникают дополнительные возможности работы с ними в динамике. В результате их обработки возникают аналитические отчеты, являющиеся уже вторичными данными. Для реализации маркетинговых планов в стоматологической организации должно быть создано эффективное маркетинговое управление на основе функционального взаимодействия ответственных за маркетинговые мероприятия, независимо от их административной подчиненности.

Организационная структура маркетинга – это структура подразделений, управляющих маркетинговыми функциями. Она может быть функциональной (управление отдельными функциями), по медицинским направлениям и т. д. Цели и задачи маркетинговой службы являются логической составляющей общей цели маркетинга организации. Исходя из общих целей Компании (развитие на базе обеспечения стабильного финансового положения путем осуществления эффективной производственно-сбытовой деятельности, приводящей к получению высокой прибыли, реализация социальных аспектов деятельности, оплата труда персонала), общие цели маркетинга могут быть сформулированы следующим образом:

- удовлетворение потребностей Потребителей;
- достижение превосходства над конкурентами;
- увеличение доли рынка;
- обеспечение роста продаж услуг.

В качестве подцелей можно выделить:

- всестороннее изучение потребностей целевых потребителей услуг, внутренней и внешней рыночной ситуации, реальных возможностей НСО;
- изучение спроса и реализация услуг в запланированных объемах и в намеченные сроки для максимально возможного удовлетворения потребностей потребителей услуг;
- разработку и контроль внедрения новых идей по перспективным для рынка услугам;
- обеспечение единства стратегии и тактики поведения структур организации в целях активного приспособления к изменяющимся

потребностям пациентов при одновременном формировании у них новых потребностей. Следовательно, для успешной реализации своих целей маркетинговая служба должна обладать структурами, позволяющими осуществлять следующие функции:

- анализ (рыночной ситуации, покупателей, конкурентов, товара, сервиса, внутренней среды) и контроль (рынка, покупателей, конкурентов, товаров, сервиса);
- планирование (выбор рынков, выбор товаров, прогнозирование рынков);
- маркетинговые решения (по товару, сервису, системе формирования спроса и стимулирования сбыта, ценовой политике и т. д.). В рамках выделенных направлений и сформулированных выше целей традиционными задачами маркетинговой службы стоматологической организации являются:
 - исследование факторов, определяющих структуру и динамику потребительского спроса на услуги организации, конъюнктуры рынка;
 - изучение спроса на предлагаемые НСО услуги;
 - разработка прогнозов потребности по ассортиментным позициям;
 - исследование предлагаемых видов услуг и требований, предъявляемых пациентами;
 - организация стимулирования сбыта и рекламы;
 - управление брэндом и подбрендами (если они существуют);
 - создание положительного информационного поля НСО средствами PR;
 - информационное обеспечение деятельности организации;
 - разработка стратегии и тактики рыночного поведения организации;
 - маркетинговый аудит деятельности НСО;
 - маркетинговый анализ формируемых в подразделениях организации бизнес-идей;
 - оценка эффективности предпринимаемых Компанией в целом усилий по достижению целей.

Рассмотрим построение специфических маркетинговых подразделений службы маркетинга НСО на примере отдела маркетинга клиники “МЕДИ”.

Отдел маркетинга состоит из следующих функциональных подразделений:

- отдела продвижения услуг (рекламы);
- отдела медицинского сервиса;
- отдела маркетинга и стратегического планирования;
- отдела внутреннего маркетинга;
- группы PR.

Служба (отдел, департамент) маркетинга – самостоятельное структурное подразделение, управляющее функциями маркетинговой деятельности организации. Отдел продвижения услуг (рекламы) – структурное подразделение отдела маркетинга, планирующее и реализующее комплекс действий по реализации внешних маркетинговых коммуникаций клиники: информированию потенциальных потребителей об услугах, созданию их

предпочтения к этим услугам, стимулированию сбыта услуг, основываясь на данных маркетинговых исследований рынка.

Отдел медицинского сервиса – структурное подразделение департамента маркетинга, регулирующее и участвующее в процессе предоставления пациентам комплекса медицинских и сервисных услуг организации, с целью решения их проблем и достижения полной удовлетворенности полученными услугами и взаимодействием.

Отдел маркетинга и стратегического планирования – структурное подразделение Департамента маркетинга, решающее задачи стратегического планирования, а также тактические задачи, направленные на определение спроса, удовлетворение требований потребителей, обеспечение реализации услуг, предоставления сервиса. Кроме того, именно эта структура выполняет весь комплекс маркетинговых исследований, данные которых необходимы для использования всеми подразделениями “МЕДИ”.

Группа PR – структурное подразделение Департамента маркетинга, обеспечивающее создание и поддержание благоприятного имиджа стоматологической организации среди ее Пациентов и конкурентов. Управляющие по маркетингу – должностные лица, которые занимаются анализом маркетинговой ситуации, реализацией намеченных планов и осуществляют контроль. К ним относятся директор по маркетингу и руководители (менеджеры) отделов Департамента маркетинга.

Задачи отдела продвижения услуг:

- 1) Организация рекламы и стимулирование реализации услуг.
- 2) Разработка краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных программ продвижения услуг НСО.
- 3) Определение наиболее эффективных направлений проведения рекламных кампаний с учетом особенностей продвигаемых услуг и конъюнктуры рынка.
- 4) Разработка стратегий продвижения брэндов.
- 5) Формирование имиджа организации.

Функции Отдела продвижения услуг:

1. Разработка стратегии рекламы и планов мероприятий по продвижению;
2. Разработка корпоративного стиля;
3. Разработка предложений по мероприятиям, направленных на формирование у пациентов новых потребностей;
4. Разработка предложений по продвижению инноваций;
5. Анализ данных по эффективности рекламных кампаний, оценок изменений известности и позиционирования организации. Разработка предложений по оптимизации рекламных усилий и бюджетированию продвижения;
6. Реализация планов продвижения (корпоративные издания, СМИ, наружная, световая, электронная и интернет-реклама, почтовые рассылки, выставки, промо-акции и общественные мероприятия);

7. Обеспечение клиник и других структур стоматологической организации презентационными материалами;

8. Составление бюджетов рекламных кампаний и осуществление контроля над их выполнением;

9. Разработка на основе анализа системы факторов комплекса мероприятий по формированию конъюнктуры рынка и платежеспособного спроса;

10. Постановка задач для отдела маркетинга с целью получения информации, необходимой для осуществления своей деятельности;

11. Подготовка и предоставление руководителю службы периодических отчетов по результатам проведенных работ и текущему состоянию в части продвижения услуг НСО по направлениям.

Задачи Отдела медицинского сервиса:

- Разработка, организация и проведение комплекса мероприятий, направленного на обеспечение уровня сервиса, соответствующего ожиданиям пациентов НСО.

- Организация взаимодействия с Компаниями-партнерами по созданию новых форм сервисного обслуживания.

- Разработка, внедрение и развитие систем дистрибуции, основанной на партнерских взаимоотношениях.

Функции Отдела медицинского сервиса:

1. Поиск корпоративных Пациентов и страховых Компаний-партнеров. Определение и согласование с ними условий работы, оформление всех необходимых документов, ведение отчетности;

2. Планирование и осуществление взаимодействия представителей стоматологической организации с корпоративными Пациентами (представителями Пациентов) и Компаниями-партнерами;

3. Сопровождение VIP-Пациентов и Пациентов, направленных Компаниями-партнерами, подготовка сопроводительной финансовой документации и отчетов;

4. Разработка и реализация комплексных программ, направленных на привлечение клиентов и Компаний-партнеров из других стран и регионов;

5. Анализ результатов сотрудничества с Компаниями-партнерами. Выявление проблематики, положительных тенденций. Разработка рекомендации по системе взаимодействия;

6. Постановка задач для отдела внутреннего маркетинга по разработке корпоративных стандартов;

7. Организация контроля (наблюдения) над выполнением корпоративных стандартов. Анализ и систематизация отклонений. Предоставление полученной информации в соответствующие подразделения для принятия мер;

8. Постановка задач для отдела маркетинга с целью получения информации, необходимой для осуществления своей деятельности ;

9. Анализ рекламаций и их влияния на реализацию услуг. Разработка по результатам анализа предложений по модернизации и корректировке систем сбыта и сервиса;

10. Предоставление руководству фирмы информации об удовлетворенности пациентов, обслуживаемых ОМС, лечением и сервисом и их пожеланиях с целью поддержания высокого качества медицинских услуг организации;

11. Изучение (мониторинг) отношения Пациентов ОМС к предлагаемым услугам. Анализ полученных данных с целью формирования предложений по пакетированию услуг и развитию сервиса;

12. Подготовка и предоставление руководителю службы периодических отчетов по результатам проведенных работ и текущему состоянию в части организации системы сервиса и взаимоотношений со страховыми Компаниями и Компаниями -партнерами в НСО.

Задачи Отдела маркетинга:

- 1) Разработка стратегии маркетинга.
- 2) Исследование факторов, определяющих структуру и динамику спроса на услуги НСО и конъюнктуры рынка.
- 3) Изучение спроса и прогнозирование потребности на услуги.
- 4) Определение конкурентоспособности предлагаемых услуг и сервиса.
- 5) Исследование потребительских параметров услуги и ожиданий пациентов.
- 6) Ориентация структур организации на соответствие ожиданиям пациентов.
- 7) Разработка прогнозов конъюнктуры рынка, платежеспособного спроса, перспектив развития НСО, спектра предлагаемых услуг, внедрения инноваций и цен.
- 8) Выработка рекомендаций по расширению и /или модернизации действующих бизнесов компании.
- 9) Разработка проектов диверсификации бизнесов компании.

Функции Отдела маркетинга:

1. Анализ и прогнозирование основных конъюнктурообразующих факторов потенциальных рынков сбыта;
2. Анализ коммерческих и экономических факторов, применительно к реальным возможностям организации;
3. Изучение спроса на услуги, предлагаемые НСО, оценка потребности Пациентов, анализ и изучение данных статистической отчетности;
4. Определение емкости рынка по направлениям деятельности организации;
5. Прогнозирование основных конъюнктурообразующих факторов, спроса на услуги НСО, объемов реализации услуг, рыночных тенденций;
6. Сбор, систематизация и анализ коммерческо-экономической информации о потенциальных рынках реализации услуг;

7. Создание (модернизация) информационно- статистического банка данных;
8. Определение собственной доли рынка и долей рынка по основным конкурентам по отрасли;
9. Исследование структуры, состава и организации работы системы реализации услуг, обслуживающий данный рынок;
10. Конкурентный анализ;
11. Анализ эффективности рекламных и PR- кампаний. Разработка предложений по оптимизации рекламных усилий и бюджетированию продвижения;
12. Подготовка предложений и рекомендаций к плану оказания услуг НСО на основании изучения рынка и спроса;
13. Участие в формировании прейскуранта на услуги, предоставляемые НСО;
14. Изучение потребностей Пациентов;
15. Подготовка и предоставление руководителю службы периодических отчетов по результатам проведенных работ и текущему состоянию в части компетенции ОМ в соответствии с заявленными функциями;
16. Осуществление контроля подготовки и исполнения рекламных кампаний;
17. Изучение и анализ эффективности разновидностей сервиса, предлагаемого Пациентам. Разработка предложений по развитию сервиса НСО.

Задачи отдела внутреннего маркетинга:

- Повышение эффективности работы персонала в обеспечении конкурентоспособности медицинских услуг, предоставляемых Потребителю.
 - Оперативное управление качеством выполнения маркетинговых функций всеми участниками главного процесса – процесса формирования долгосрочных взаимоотношений с Потребителями услуг. Функции отдела внутреннего маркетинга:
1. Изучение факторов, имеющих значение для успешной продажи услуг (выявление запросов, притязаний и мотиваций Потребителей услуг);
 2. Формирование системы маркетинговых показателей, подлежащих исследованию в рамках выполнения основной задачи отдела;
 3. Проведение регулярного мониторинга с целью выявления и анализа отклонений от внутрифирменных стандартов;
 4. Регулярное предоставление отчетов об эффективности работы подразделений и сотрудников, участвующих в главном процессе;
 5. Разработка и осуществление управляющих (корректирующих) воздействий, направленных на ликвидацию выявленных отклонений и их предупреждение;
 6. Предоставление баотчетов о проведении мероприятий по ликвидации выявленных отклонений;
 7. Участие в процедурах по отбору и аттестации персонала;

9. Проведение психологической экспертизы рекламной и другой продукции по запросам подразделений организации.

Задачи Группы PR:

1. Планирование, организация и проведение PR-программ с целью создания и поддержания благоприятного имиджа организации среди Пациентов, Компаний-партнеров и конкурентов.

2. Обеспечение идеологического наполнения рекламных кампаний, проводимых Компанией.

3. Планирование, организация и проведение внутрикорпоративных PR-программ, направленных на формирование корпоративной культуры организации.

Функции Группы PR:

1. Разработка мероприятий, направленных на создание позитивного к бренду организации информационного поля;

2. Разработка мероприятий по созданию положительного имиджа первых лиц организации;

3. Организация участия Компании в выставках, промо-акциях и общественных мероприятиях;

4. Организация других мероприятий по формированию потребительского спроса на предлагаемые услуги;

5. Обеспечение подготовки всех необходимых для продвижения PR-материалов (статей, рекламных текстов);

6. Установление и поддержание отношений с представителями СМИ, общественных и благотворительных организаций, властных структур и др.

7. Разработка и организация мероприятий по внутрикорпоративному PR с целью формирования и поддержания корпоративной культуры;

8. Подготовка и предоставление руководителю периодических отчетов по результатам проведенных работ и текущему состоянию в части компетенции группы PR.

Интернет-маркетинг

Интернет (Онлайн) маркетинг — маркетинг, с использованием онлайн технологий.

Маркетинг включает в себя:

- * Анализ конкурентов
- * Исследование ЦА
- * Анализ точек касания и портфеля услуг
- * Товарная политика (все про то, что продаёте)
- * Ценовая политика
- * Продвижение

Цель маркетинга - охватить все стадии принятия потребительских решений.

1-я стадия: Осведомленность (прежде чем купить у вас, человек должен знать, что вы есть).

2-я стадия: Заинтересованность (человек узнал о вас, и его нужно заинтересовать).

3-я стадия: Опыт (нужно удовлетворить запросы клиента, чтобы клиент к вам вернулся)

4-я стадия: Лояльность (человек возвращается к вам опять).

Все компоненты интернет-маркетинга должны работать на одну и ту же цель.

Компоненты:

1. Контекстная реклама (Яндекс.Директ, Гугл.Адвордс)
2. SMM – работа по продвижению в социальных сетях
3. Email маркетинг – осуществление почтовых рассылок
4. Digital PR – продвижение своих услуг в интернете с помощью условно-бесплатных инструментов
5. Поисковая оптимизация сайта или SEO-оптимизация (Яндекс, Гугл и др.)
6. Баннерная реклама
7. Контент-маркетинг

Разберем первый компонент.

Для работы с контекстной рекламой необходимо уметь составлять список ключевых слов и список минус-слов.

Ключевые слова - те слова, которые входят в поисковый запрос пользователя.

Минус- слова - слова, которые не должны входить в поисковый запрос

Инструменты для подбора ключевых слов:

1. Яндекс Wordstat <https://wordstat.yandex.ru/>
2. Планировщик ключевых слов adwords
3. Поисковые подсказки (которые показывает сам поисковик при вводе запроса)
4. Платные программы (например: Key Collector)
5. Сервисы конкурентной разведки (порталы, которые могут обнаружить ключевые слова и фразы по которым рекламируются конкуренты) SpyWords, Prodvigator (теперь он уже называется Serpstat).

Как собрать список ключевых слов на поиске в контекстной рекламе:

Анализ предметной области (что рекламировать, понять специальные понятия организаций, мониторинг клиентов)

Анализ базовой семантики (подбор синонимов, составить всевозможные комбинации)

Создание майндмэпов и масок (расширение базовой семантики, добавить «минус» слова)

Проверка частотности ключевых фраз (отсеивание низкочастотных фраз, т.е. меньше 5 запросов в месяц)

Надо понимать, что существуют операторы контекстной рекламы - специальные символы для уточнения контекстной рекламы. От этого зависит будет показываться ваше объявление при наборе какой-то фразы или нет.

+ — закрепляет предлоги и союзы;

«» — фиксирует количество слов;

! — фиксирует формы слова (падеж, если запрос Москва, то не в Москве);

[] — порядок слов;

() и | — группировка слов при сложном запросе (или).

Пример:

работа + на дому

Поисковый запрос:

работа на дому - будет показ

работа по дому - не будет показа

работа дома - не будет показа

Другие компоненты интернет-маркетинга (SMM, Email рассылки, SEO и прочие) вы можете рассмотреть самостоятельно. Углубленное изучение этих тем не входит в учебную программу.

Тема 10. Компоненты стоматологических услуг и основы их продвижения

Цель занятия: Рассмотреть и уточнить понятие «медицинская услуга». Сформировать представление об особенностях медицинской услуги. Развить представления о социально-этическом маркетинге. Изучить возможности применения различных оценок получения стоматологических услуг.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Определение понятиям «Нужда», «Потребность».
2. Признаки, определяющие услугу. Отличие услуги от товара.
3. Модели, на основании которых осуществляется настройка продукта на Потребителя.
4. Концепция маркетинг-микс.
5. Добавленный продукт в стоматологии.
6. Характеристика социально-этичного маркетинга.
7. Принцип «ориентации на пациента»?
8. Основные этапы оценки услуги пациентом после ее получения.

Рынок медицинских услуг – это рынок, который удовлетворяет потребности людей в сохранении и улучшении здоровья. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества.

Изучение социально-экономической природы услуг здравоохранения помогает лучше понять специфику и сущность отдельных видов медицинских услуг, уточнить их характер; особенности, разработать стратегию социально ориентированного рынка медицинских услуг.

Социальные основы маркетинга, определяющие деятельность стоматологических организаций связаны с традиционными понятиями маркетинга, такими как: нужда, потребность, запрос, продукт (товар или услуга), обмен (сделка), цена (ценность), рынок.

Нужда – чувство ощущаемой человеком нехватки чего-либо (нужда в пище, отдыхе, здоровье, тепле и безопасности и т. д.). Нужды людей многообразны и сложны, но специфика их состоит в том, что они не создаются извне, а являются исходными составляющими природы человека. Нужда индивидуума в здоровье занимает особое место. В основе методов и приемов врачевания, как и в прошлом, остаются проявления фундаментальных противоречий взаимоотношения человеческого организма и среды. Именно факторы внешней среды и внутреннее состояние человека порождают определенный спектр нужд и приводят к формированию системы соответствующих предложений по удовлетворению потребностей. Как известно, социальное значение медицинских проблем личности может быть рассмотрено с множества позиций, тремя основными из которых являются:

- смертность;
- утрата здоровья и потеря трудоспособности (болезни, временная и постоянная нетрудоспособность);
- ограничение свободы жизнедеятельности индивидуума (утрата “качества жизни”).

В соответствии с этими условными уровнями медико-социальных проблем у индивидуума возникает ощущение нехватки чего-либо: способности жить, трудиться, быть здоровым и пр. Такие чувства в маркетинговых системах характеризуются термином “нужда” и, в соответствии с индивидуальностью и культурным уровнем личности, порождают определенные индивидуальные либо коллективные потребности. С другой стороны, само государство имеет нужду в здоровых гражданах трудоспособного возраста – с учетом того, что здоровье нации является одним из главных показателей уровня развития государства и степени его заботы о своих согражданах.

Нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью индивида является потребностью. Другими словами, **потребность** – это переживание человеком нужды в каком-либо объекте, условиях среды, необходимых для его существования и развития. Потребность является источником активности личности. Целью лечения

больных является оказание им помощи, то есть удовлетворения нужды человека в здоровье. Все люди хотят быть здоровыми, иметь жилье, хорошо питаться и т.д. Однако реализуются эти нужды по-разному. Современный человек, чувствуя недомогание, обращается к врачу, делает диагностические процедуры, принимает лекарства и достигает желаемого – здоровья и хорошего самочувствия. Житель островов Полинезии в подобной ситуации прибегает к услугам жреца-шамана. В обоих случаях выбор продиктован культурно-образовательным уровнем пациентов. С его развитием потребности становятся более разносторонними. Например, приходит сознание того, что для сохранения здоровья необходимо не только качественное и своевременное лечение, но и профилактика заболеваний. Иерархия потребностей была определена еще в 1954 г. Маслоу. Ее графическое изображение получило название “пирамиды Маслоу” и широко используется маркетологами во всем мире в целях определения уровня разрабатываемых и/или продвигаемых продуктов в иерархии.

Продукт (товар/услуга) – это все, что может удовлетворить потребность или нужду и предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления. Продуктом является все, что может быть предложено на рынке с целью удовлетворения чьих-либо желаний и потребностей. Им могут быть материальные товары, услуги, опыт, отдельные личности, места, объекты собственности, организации, информация и идеи (Котлер).

Продукт – все получаемое в порядке обмена, как полезное, так и бесполезное. В таком виде понятие “продукт” включает в себя все разнообразие материальных и неосязаемых свойств, в том числе функциональную, социальную и психологическую пользу или выгоду.

Продукт имеет два крайних воплощения: осязаемый товар и неосязаемую услугу. В этой области всегда существовала зона для оживленных дискуссий о природе продукта. Происходит это в силу того, что в современной практике весьма затруднительно получить “чистый” товар или “абсолютную” услугу. Все это представляется в некотором смешении. Приведем простой пример: Вы приобретаете в магазине бытовой техники стиральную машину. Сама по себе она вполне осязаема, ценность ее для Вас очевидна. Вы вступаете в сделку и приобретаете выбранную Вами модель.

Но:

- Магазин расположен недалеко от Вашего дома – доступен для Вас (услуга).
- Вы посоветовались с продавцом – получили консультацию (услуга).
- Вы осмотрели целый ряд выставленных в демонстрационном зале моделей – получили полезную для Вас информацию (услуги).
- Доставку и установку Вашей стиральной машины произвела сервисная служба при магазине – услуга (для Вас – бесплатная).
- На Вашу покупку дается гарантия – услуга (для Вас – бесплатная).
- И так далее

Мы видим, что, заплатив магазину стоимость стиральной машины, приобрели не только нечто материальное. Таким образом, приходится признать, что отличия товаров от услуг не настолько ярко выражены. В 1977 году была предложена идея континуума “товар -услуга” Шостака Любой продукт может быть отнесен к товарам или услугам лишь в той или иной степени в зависимости от осязаемости. Определим, что же коренным образом определяет услугу и является ее специфическими особенностями:

Услуга неосязаема – ее невозможно увидеть, ощутить или потрогать до совершения сделки. По сути, это приводит Потребителей к необходимости искать некие заменители осязаемым критериям качества и ценности услуги.

Услуга обладает свойством неотделимости – продается, предоставляется и потребляется одновременно. Качество нельзя проверить заранее. Вовлеченность и потребителя, и продавца (производителя) в процесс предоставления услуги – высокая. Предоставление услуги неотделимо от личностей продавца и покупателя. Каждый из них является частью услуги.

Следствием неотделимости является **непостоянство услуги**. Услуги предоставляются людьми, поэтому не могут быть однородными по качеству. Нетрудно вообразить себе качество работы парикмахера, клиент которого постоянно вертится и дергает головой. Каким бы профессионалом не был мастер, вряд ли у него получится сделать качественную стрижку. В принципе, тот же самый сомнительный результат мы получим, если самого спокойного и смирного клиента будет обслуживать мастер, забывший дома очки.

И, наконец, **услуга несохраняема** и зависима от спроса. Услуги не могут быть произведены “впрок” (невозможно “запастись” услуги). Кроме того, налицо зависимость от спроса: нет спроса, нет услуги, обратное – тоже верно. Стоматологическая услуга специфична тем, что во многих случаях имеет явные признаки товара (осязаемые и материальные: пломбы, коронки, мосты, имплантаты и т. п.), а также признаки услуги (диагностика, лечение, консультации, профилактические мероприятия).

В соответствии с наиболее современными концепциями, стоматологическая услуга находится в середине (чуть правее) континуума Шостака, являясь услугой-товаром. Обратившись к трех уровневому анализу, можно видеть все материальные (осязаемые) компоненты в фактическом уровне продукта. Это позволяет разделить критерии оценки стоматологической услуги на материальные и нематериальные.

Однако, мы должны помнить, что стоматологическая услуга по природе своей не является услугой в чистом виде. Это, чаще всего, – услуга-товар.

Наиболее распространенной разновидностью обмена является **сделка** – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами. Обязательными условиями сделки являются:

1. наличие как минимум двух ценностно значимых объектов;
2. наличие согласованных сторонами условий осуществления сделки;
3. понимание сторонами времени и места осуществления сделки.

Существует несколько моделей, на основании которых осуществляется настройка продукта на Потребителя. Наиболее распространенными и применимыми можно с уверенностью признать концепции **маркетинг-микс**:

4Р – Микс из четырех составляющих: продукт (product) + цена (price) + место/распределение (place/distribution) + продвижение (promotion);

7Р – Микс из семи составляющих, более современная усовершенствованная концепция 4Р, дополненная людьми (people) + процессами (process) + физическими характеристиками (physical evidence);

4С – эволюционировавшую в направлении ориентации на потребителя 4Р: нужды и запросы Потребителя (customer needs and wants) + затраты для Потребителя (cost) + доступность для Потребителя (convenience) + коммуникации (communication).

Собственно, активность критики по поводу “зацикливания” концепции 4Р на операциях внутри организации и ограничений в применении к созданию комплекса маркетинга для услуг привела к движению маркетинговой мысли в направлении расширения модели с адаптацией именно под услуги. Модель 7Р включила в себя еще три важных для неосязаемой услуги компонента. В российской литературе по маркетингу услуг трем дополнительным “Р” уделено недостаточно внимания. Однако, по мнению авторов, данная маркетинговая модель довольно хорошо отражает особенности стоматологической услуги и может послужить основой при разработке расширенного маркетинг-микса, включающего приведенные ниже основные компоненты. Не углубляясь в теорию, рассмотрим применение концепции 7Р на примере оказания стоматологической услуги и прокомментируем применимость полученных результатов.

Продукт (Product) – к сожалению, этот компонент маркетинг-микса перенес все негативные черты из предыдущей модели (4Р). Однако это отражает реалии российской действительности, так как даже маркетинг-ориентированные стоматологические организации продолжают руководствоваться в создании и/или адаптации продукта либо собственным опытом, либо ориентацией на мнения специалистов. Минимизация этой проблемы возможна при совместном использовании модели 7Р и модели 4С. Управление данной переменной осуществляется за счет настройки продукта на нужды, потребности, ожидания Потребителей. Желательно работать на балансе обеих моделей.

Место (Place) – досягаемость стоматологической услуги для Пациента. Под этой переменной маркетинг-микса мы будем понимать клиники, их месторасположение для Пациентов с точки зрения транспорта и т.п.. Управление этой переменной подразумевает создание систем, о которых мы писали в предыдущей главе, позволяющих сетевым НСО осуществлять наиболее эффективный охват целевых сегментов за счет правильного расположения клиник и обеспечения их необходимыми для доступности усовершенствованиями (парковка, указатели).

Продвижение (Promotion). Вся совокупность мероприятий по продвижению стоматологической услуги, включая рекламу, PR, личные продажи, мероприятия событийного характера и т.д. Следует учитывать, что если товар существует сам по себе, то услуга не существует без того субъекта, который ее оказывает. Поэтому для привлечения Потребителей иногда важнее указывать не сам набор услуг, а тех специалистов (особенно, если они достаточно известны), которые работают в данной стоматологической Компании. Управление спросом за счет продвижения будет рассмотрено весьма подробно в последующих главах.

Цена (Price). Уровень цен на услуги с точки зрения целевой аудитории.

Управление ценообразованием – механизм крайне сложный. К сожалению, системно не реализован до сих пор ни в одной стоматологической Компании Москвы и Санкт-Петербурга, хотя работы в этом направлении ведутся.

Люди (People). Предоставление стоматологических услуг требует непосредственного контакта между персоналом стоматологической организации и Пациентом. Так, при посещении стоматологической клиники на впечатление Пациента от процесса лечения, а также на степень его удовлетворенности оказанными услугами и его желание вернуться в клинику снова в большой степени влияют вежливость, квалификация и готовность помочь многих сотрудников Компании – от администратора до лечащего Врача. Физическое окружение услуги (Physical Evidence). Этот элемент расширенного маркетинг-микса относится к “материализации” услуги. Физическое окружение и другие визуальные образы, воспринимаемые клиентом, оказывают сильное влияние на его впечатление о качестве услуги, которую он получает, и на облегчение задачи по оценке уровня услуги. На практике часы работы, дизайн помещений, комфортность сидений, фоновая музыка, внешний вид, одежда и даже макияж персонала оказывают влияние на восприятие качества услуги. Вспомогательные информационные материалы (буклеты, журналы и т.д.), в которых рассказывается о Компании и о самой услуге, приносят осязаемые доказательства профессионализма Компании. Коммерческие стоматологические организации должны относиться к разработке этих материалов с повышенным вниманием, так как они в большой степени оказывают влияние на решение о покупке.

Процесс предоставления услуги (Process). Поскольку Пациенты вовлечены в процесс оказания услуги, само выполнение этого процесса играет более важную роль в сфере услуг, чем в сфере материального производства. Пациент, желающий вылечить больной зуб, заинтересован не только в снятии боли, но и во внимании и заботе Врачей, отсутствии болевых ощущений в процессе лечения, качестве используемых материалов и оборудования, эстетическом результате, качестве производимого лечения и гарантиях, которые он получает (гарантия бесплатного повторного лечения в случае неудачи, гарантия того, что его здоровью не будет нанесен вред). Разрабатывая стандарты процесса лечения (время, которое отводится на

одного Пациента, нормы стерилизации инструментов, использование одноразовых инструментов, определенных лекарственных препаратов, современных пломбировочных материалов и т.д.), необходимо уделять внимание тому, как его воспринимают Пациенты. Концепция формирования маркетинг-микса 4С наиболее ориентирована на Потребителя: Нужды и запросы Потребителя (Customer needs and wants) – все элементы товара или услуги разрабатываются таким образом, чтобы конечное предложение удовлетворяло Потребителя, не образуя разрыва в ожиданиях и не выходя, насколько это возможно, за пределы зоны толерантности.

Затраты для Потребителя (Cost) – условно затраты для Потребителя рассматриваются в двух проекциях: затраты прямые (финансовые или материальные) и затраты косвенные (затраты времени на дорогу, психологические затраты и т.п.). Важность отдельных компонентов как прямых, так и косвенных затрат существенно варьируется у различных Потребителей.

Доступность для Потребителя (Convenience) – распределение продукта и доведение его до Потребителя включает такие компоненты, как качество, удобство приобретения, наличие, надежность, необходимость развивать отношения с поставщиком/продавцом/производителем и многое другое.

Коммуникации (Communication) – в концепции 4С важны как коммуникации поставщика с Потребителем, так и обратная связь. Общение не ограничивается продвижением, его границы гораздо шире. В заключение рассмотрения основных концептуальных моделей хотелось бы отметить, что – какая бы модель ни была выбрана – необходимо учесть, что каждый компонент маркетинг-микса подлежит рассмотрению:

- в контексте определенного процесса обмена;
- на основе доскональных знаний о Потребителе-представителе целевого (стратегического) сегмента;
- с учетом компетенций, способностей, возможностей и актуальных ресурсов организации.

Сущность продукта – отражает и описывает глубинные причины, побуждающие людей приобретать что-то. В случае стоматологической услуги мы имеем дело с несколькими разнородными сущностями, находящимися на разных уровнях иерархии потребностей пирамиды Маслоу. Сюда относятся:

- здоровье полости рта;
- комфорт при еде, речи и т.п.;
- эстетичность;
- безопасность и отсутствие боли.

Несмотря на разнородность, сущность продукта сводится к желанию человека (Потребителя) иметь здоровые и красивые зубы, десны и при этом не испытывать отрицательных ощущений. Подобная формулировка является консолидированной. Но это не исключает использования дифференцированных компонентов для коммуникаций с целевыми

сегментами, имеющими различные смысловые мотивации к получению стоматологической услуги. Например, при организации коммуникаций по ортодонтии мы имеем дело с сегментом, у представителей которого может быть все в порядке с соматическим здоровьем, но проблемы с эстетикой. При этом мы должны понимать, что легче всего эту услугу нам будет продать людям, которые безразличны к эстетическим проблемам.

Фактический продукт – перечень основных характеристик предлагаемого продукта, которые выступают как минимальное условие его выживания в конкурентном окружении. Специфика фактического продукта в случае стоматологической услуги состоит в двойственности продукта, имеющего признаки не только услуги, но и товара. Поэтому мы сочли возможным и правильным разделить стоматологическую услугу на осязаемый товар и неосязаемую услугу.

Осязаемый товар – это то, что непосредственно передается Потребителю при оказании стоматологической услуги, то, что можно ощутить физически, потрогать, унести с собой. В стоматологии товаром являются пломбы, коронки, мосты, брекет-системы, обезболивающие уколы, снятие зубных отложений и т.п.

Неосязаемая услуга – это основная работа, приобретаемая Потребителем. Понятие относится к части получения услуги, которая не является передачей материальных благ, и обычно связано с активным взаимодействием с персоналом стоматологической организации (работа, выполняемая Врачом и ассистентом). Сюда могут быть отнесены услуги Врача в области диагностики, лечения и профилактики, услуги ассистента, комплекс сервиса, формируемый немедицинским персоналом, атмосфера клиник (холлов и кабинетов) и т.д.

Добавленный продукт – дополнительные выгоды и услуги, которые может получить Потребитель сверх фактического продукта. Добавленный продукт не является, как правило, причиной совершения сделки, но выступает в качестве дополнительного аргумента при выборе из ряда предложений. В стоматологии к добавленному продукту можно отнести множество элементов комплекса маркетинга, в принципе не являющихся обязательной атрибутикой стоматологической услуги, но, зачастую, весьма существенно влияющих на принятие покупательского решения. К этим элементам для потенциальных и фактических Пациентов можно отнести:

- доступность услуги (то есть близость или удобство подъездов к месту расположения клиники);
- наличие брэнда или, как минимум, позитивной репутации у стоматологической организации (факторы, подтверждающие надежность и качественные характеристики, усиливаются медицинской областью применения, где, кроме обычной покупательской неуверенности в правильности выбора, присутствует тревожность в отношении самой услуги);
- дисконтные и другие аналогичные программы;

- взаимодействие через страховые Компании и/или корпоративное партнерство;
- программы кредитования [собственные (рассрочка, индивидуальные графики) и с привлечением банков];
- наличие услуг по сопровождению пациентов;
- программы лояльности (организация обратной связи, коммуникации, взаимодействие, дистанционное сопровождение/консультирование);
- интеграция с нестоматологическими медицинскими учреждениями, расширяющая спектр услуг и диагностические возможности;
- наличие профилактических программ для пациентов и их семей;
- комплексное информационное сопровождение (предупреждение о приеме, информирование “по проблеме”, “звонки заботы”, сопроводительная полиграфия);
- и многое другое.

Все, перечисленное выше, можно определить как преимущественно рационально осознаваемые вещи (компоненты услуги). Каждый из приведенных выше пунктов имеет четкое определение и комплекс критериев, по которым Пациент в состоянии понять – что же он получит в дополнение к стоматологической услуге. Но это составляет только рациональный набор влияющих факторов. Потребительское “понравилось” мы определим термином “окружение услуги”.

Окружение услуги – это физическое и эмоциональное окружение самого процесса оказания услуги. Так, посещение стоматолога гораздо более приятно, если клиника расположена в помещении с красивым дизайном, где играет ненавязчивая музыка, можно полистать журналы во время ожидания приема, нет очереди и т.д. Другими словами, речь идет о так называемых осязаемых факторах. Осязаемый фактор – то, что воспринимается сознанием Пациента в процессе предоставления ему услуги, и является для него однозначным признаком, идентифицирующим услугу (выполнение процессов, уровень профессионализма, достижение определенного состояния Пациентом).

Осязаемые факторы в части действий (процессов) подразделяются на: собственно медицинские и сопутствующие. Окружение услуги тем более важно, что оно может повлиять на то, останется Пациент, в конечном счете, довольным полученной услугой или нет. Кроме того, окружение услуги используется как инструмент отражения целевого рыночного сегмента и позиции Компании в отрасли. Негосударственные стоматологические клиники, работающие в элитном сегменте рынка, уделяют значительное внимание окружению услуги, отделявая клиники по последнему слову моды и техники, чтобы наилучшим образом удовлетворять ожидания своих пациентов. Уже при самом поверхностном анализе можно выделить три элемента окружения услуги, поддающиеся управлению:

- атмосфера (освещение, музыка, персонал, другие пациенты и т. д.);

- использование пространства (дизайн помещения, оборудование, мебель и т. д.);
- символы, знаки, изображения (фирменные знаки, слоганы, рекламные изображения, полиграфия и т. д.).

Все эти элементы базируются на ожидаемом Пациентом уровне восприятия, либо – на превышающем ожидания. К концепции восприятия мы вернемся в следующем разделе этой главы.

В заключение определим основные смысловые элементы услуги. Сюда относятся:

- субъекты услуги (Пациент – контактный персонал);
- психология услуги (взаимоотношения субъектов);
- материальность (стоимостное и материальное выражение затрат по удовлетворению Потребителя);
- документальность (фиксированная информация о количественной и качественной стороне выполненной услуги).

Анализ международных концепций маркетинга услуг позволяет заключить, что, несмотря на то что они разработаны различными исследователями из различных стран и построены по различным принципам, в целом они имеют общие структурные и концептуальные элементы:

Во-первых, все модели отталкиваются от специфики услуги как товара. В той или иной степени эти концепции подчеркивают неосвязаемость услуг, неотделимость от источника, несохраняемость и непостоянство качества.

Во-вторых, все модели указывают на необходимость внимания к таким стратегическим факторам маркетинга услуг, как персонал, процесс обслуживания и материальное доказательство обслуживания.

В-третьих, большинство концепций признают необходимость использования дополнительных стратегий для управления маркетингом услуг. К таким дополнительным стратегиям относятся внутренний маркетинг и интерактивный маркетинг. Наиболее современным подходом является концепция социально-этичного маркетинга. Его задачей является установление нужд и интересов целевых рынков, обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными и продуктивными способами с одновременным сохранением и укреплением благополучия и безопасности Потребителя, общества в целом. Следовательно, в отличие от “ чистого” маркетинга социально-этичный маркетинг подразумевает сбалансированность прибылей производителей, покупательских потребностей и благосостояния общества. Данная концепция должна быть использована, прежде всего, в системе здравоохранения, поскольку именно она призвана обеспечить качественное улучшение здоровья как общества в целом, так и каждого человека. В основу модели заложен комплекс не противоречащих друг другу принципов, которые могут различаться в зависимости от имеющихся и актуальных на текущий момент целей и задач:

- ориентация на пациента;
- доступность услуг;

- развитость маркетинговых коммуникаций;
- соответствие уровня оказываемой услуги мировым стандартам и ожиданиям Пациента;
- профессионализм персонала.

Принцип “Ориентация на Пациента”, как мы уже отмечали, является определяющим как для маркетинга взаимоотношений в области сервиса в целом, так и для стоматологического бизнеса, в частности. Ориентации на Пациента – это больше, чем образ мысли. Она охватывает набор ценностей и приоритетов, которые превращаются в образ жизни. Пациенты доминируют в управленческом мышлении, ценностях, планировании и принятии решений. Принцип ориентации на Пациента влияет на то, как работает весь контактный персонал, как формируются стандарты взаимодействия с Пациентом на различных стадиях оказания услуги. По сути, данный принцип предполагает, что при формировании системы сервиса учитываются следующие моменты:

- ожидания пациентов имеют решающее значение при формировании и/или наполнении услуги;
- предложение формулируется таким образом, чтобы пациент мог однозначно идентифицировать услугу как соответствующую его потребностям и ожиданиям;
- взаимодействие контактного персонала с пациентом строится в соответствии с ожиданиями пациента, он должен постоянно получать подтверждение осознаваемого им уровня получаемой услуги;
- маркетинговые исследования в области сервиса должны быть направлены на определение портретов потенциальных пациентов, выявление факторов, значимых для них и осознаваемых как подтверждение ценностной составляющей услуги;
- реагирование на изменение в предпочтениях и ожиданиях пациентов должно быть оперативным и находить свое воплощение во введении и/или модификации существующих стандартов;
- сервис стоматологической организации должен опираться на понятия заботы, внимания, стремления к пониманию, оперативного реагирования и скромности.

Принцип “Доступность услуг” обеспечивает соответствие одному из базовых критериев модели 4С, определяющих потребительские маркетинг-микс услуги. Исходя из комплексности принципиальной базы, данный аспект является логическим продолжением “Ориентации на Пациента”. Система сервиса должна строиться таким образом, чтобы услугу легко было получить в удобном месте, в удобное время, без излишнего ожидания ее предоставления. Принцип может быть реализован в следующих элементах:

Для сетевых НСО – расположение клиник в зонах, удобных для потенциальных и фактических Пациентов. Для одиночных клиник – создание условий, облегчающих логистику Пациента.

Единый многоканальный телефон, работающий в круглосуточном режиме, интерактивный сайт, размещение информации в справочниках, СМИ и проч. обеспечивают информационную доступность. Кроме того, постоянные Пациенты должны обеспечиваться буклетами, памятками и другими раздаточными материалами, что повышает их информационную независимость от внешних источников.

В целях оптимизации фактора времени получения услуги, должна быть предусмотрена, например, возможность круглосуточного приема Пациентов и/или приема в выходные дни.

Существенный для сферы медицинских услуг фактор ожидания предоставления услуги может быть оптимизирован за счет наличия предварительной записи и модификации технологического процесса приема, что обеспечивает минимальные затраты времени Пациента на ожидание.

Дополнительным фактором, работающим на данный принцип, является уровень определенности, обеспечиваемый системой предварительной записи.

Принцип “Развитость маркетинговых коммуникаций” обеспечивает полноценное донесение до целевой аудитории представлений о предложении НСО, ее миссии, политике, философии, а также формирует информационные потоки по обратной связи, гарантирующие возможность контроля эффективности коммуникационного процесса. В конкурентных условиях значимость неценовых факторов конкуренции неизмеримо возрастает, следовательно, для сохранения позиции лидерства и при использовании стратегии дифференциации необходимо уделять особое внимание качеству коммуникационной политики. Отсюда вытекает необходимость разработки схемы полного использования потенциала доступного коммуникационного инструментария, представляющего собой совокупность как инструментов, используемых для создания методических основ коммуникационной политики (закономерности, эффекты, принципы и правила осуществления коммуникационной политики, а также матрицы, модели и алгоритмы), так и инструментов, используемых при ее реализации (средства коммуникации).

Создание системы интегрированных маркетинговых коммуникаций позволяет обеспечить эффект синергизма, суть которого заключается в достижении нового, более существенного эффекта, нежели простая сумма отдельных коммуникационных воздействий. Таким образом, за счет эффективной системы маркетинговых коммуникаций обеспечивается информационно-психологическое воздействие на целевые рынки, заключающееся:

- в создании образа организации (возможно, в варианте брэнда) и предоставляемых ею медицинских услуг;
- в поддержании на достойном уровне деловой репутации НСО, авторитета брэнда и первого лица Компании;
- в обеспечении высокого уровня соответствия между содержанием рекламных сообщений и качеством и содержанием предлагаемых услуг;

- в формировании каналов распространения позитивной информации об удовлетворенности потребностей Пациентов “из уст в уста” и через лидеров общественного мнения.

Принцип “Соответствие уровня оказываемой услуги мировым стандартам и ожиданиям Пациента” основывается на модели качества услуги (Парасурамана – Зейтамля - Берри), которая описывает основные требования к ожидаемому качеству. В ней сформулированы 5 разрывов, которые являются причиной неудовлетворенности клиентов предоставляемыми услугами.

1. Разрыв между потребительскими ожиданиями и их восприятием руководством Компании
2. Разрыв между восприятием руководством потребительских ожиданий и трансформацией этого восприятия в спецификации качества услуг
3. Разрыв между спецификациями качества услуг и качеством предоставляемых услуг
4. Разрыв между предоставляемыми услугами и внешней информацией
5. Разрыв между ожиданиями потребителей и их восприятием полученных услуг

Принцип “Профессионализм персонала” настолько очевиден, что описание его элементов может показаться избыточным. Тем не менее, в области стоматологических услуг этот принцип является одним из наиболее критичных, причем это относится как к медицинскому, так и к немедицинскому персоналу. Отсюда необходимость в создании систем управления качеством на всех уровнях предоставления услуги, включающей, кроме всего прочего, внутренние аудиты качества обслуживания. Ключевой фигурой в производственно- сбытовой деятельности стоматологической организации, оказывающей платные услуги по договорным ценам, является Врач- стоматолог:

Врач-стоматолог - Производитель - Продавец – Дистрибьютор своих услуг. Врач-стоматолог НСО не только оказывает медицинскую услугу Пациенту, но и сам ее продает ему за определенную цену. Эти права делегирует ему владелец бизнеса. Процедура продажи услуги или товара является сделкой. Сделка между двумя субъектами рынка, в качестве которых выступают НСО и Пациент, может состояться только в том случае, если стороны пришли к взаимоприемлемому решению, то есть определили для себя пользу от ее реализации.

Актуализация (осознание) потребности. Стадия характеризуется появлением у потенциального Пациента желания устранить болевой, физиологический или эстетический дискомфорт, осуществить профилактику заболеваний полости рта. При этом мотивы, являясь личностным побуждением к активности, тесно связаны с такими понятиями, как “нужда”, “потребность” Конкретизация потребности в конкретную услугу. На данном этапе у потенциального Пациента происходит формирование ощущения необходимости обратиться именно к стоматологу за снятием боли,

устранением причин боли, лечением, восстановлением функций жевательного аппарата, эстетики зубов.

Выбор платной стоматологической помощи. Этап нехарактерен для постоянных Потребителей. Прохождение этого этапа становится для них актуальным только в случае существенных изменений в жизни, что случается нечасто.

Выбор НСО. Дальнейшее развитие темы оценки вариантов, когда первичная информация уже набрана. Этап неактуален для постоянных Потребителей. Как правило, принятие решения о получении стоматологических услуг в конкретной НСО подтверждается записью на прием. Мы должны понимать, что запись не гарантирует того, что потенциальный Пациент станет постоянным Пациентом. На стадии запись/явка на консультацию (1-й прием) отсеивается часть Потребителей (записались, но не пришли). Странно, но соотношение этого диапазона с ценовыми уровнями клиник показывают обратную зависимость: чем выше уровень клиники, тем выше процент явки по записи. Можно предположить, что часть потенциальных Пациентов, не явившись на консультацию, забывают о своей проблеме. Но это не так. В соответствии с базовой моделью покупательского поведения, Пациент тратит некоторое время на “мнимые” записи. Естественно, что “потерявшийся” Пациент теряется для конкретной НСО, но приобретается для конкурентного окружения.

Мотивации на этом этапе имеют индивидуальный характер в силу того, что связаны напрямую с характером первичного контакта с НСО. Мотиваторы и демотиваторы сосредоточены на уровне сотрудников первой линии. НСО (операторы, администраторы, менеджеры по работе с корпоративными клиентами т. д.). От того, насколько хорошо, профессионально, корректно, тактично проведена предварительная работа с потенциальным Пациентом, зависит результат. Следующим “фильтром” может стать первый визуально-информационный контакт с выбранной НСО (явка) – первая консультация (прием). Отсев после первой явки должен фиксироваться и анализироваться. Как мы уже отмечали, этап принятия решения сложен и зависит от индивидуальных особенностей. В этап явки вовлечено достаточно много влияющих на принятие окончательного решения факторов:

- реальное (а не предполагаемое) местоположение клиники;
- внешний вид, парковка, парковщик, вывески, окружение и т. д.;
- контактный персонал всех уровней по логистике перемещения Пациента от сотрудника службы безопасности на входе до гардеробщика на выходе;
- обстановка внутри клиники, в кабинете;
- состояние и новизна оборудования;
- уровень техники продаж у врача;
- соответствие предложенного плана лечения и условий оплаты финансовым возможностям;

- присутствие/ отсутствие разрывов в ожиданиях;
- и многое другое.

Таким образом, оценка имеет дискретную природу, и всегда существует риск “отказа” от дальнейшего взаимодействия в случае наличия сильных демотиваторов, к которым можно отнести:

- негативный опыт взаимодействия с контактным персоналом клиники (особенно – Врачом, остальные – менее критичны для оценки);
- все типы разрывов (чем бы они ни были сформированы), к причинам которых можно отнести несоответствия типа “цена-качество”, неоправданный дискомфорт, взаимоотношения с лечащим Врачом (в том числе – на психоэмоциональном уровне), несоответствие заявляемому статусу клиники (например, ELITE, VIP) и многое другое;
- возникшие вследствие каких-либо причин (как правило, такого рода проблемы являются следствием влияния со стороны референтных источников) сомнения в квалификации лечащего Врача;
- аналогично – сомнения насчет оборудования и материалов (что случается крайне редко);
- критичное отношение к рекомендациям Врача вследствие предубеждения, возникшего на основании стойких стереотипов (например, описанный выше стереотип “Разводят!”);

и т. д.

Оценка после получения услуги делится на два этапа, разделенных во времени:

1. Дискретная оценка в ходе выполнения плана лечения.
2. Окончательная оценка полученной от лечения пользы.

Общую ценность услуг формирует стоматологическая организация на протяжении всего процесса взаимодействия с Пациентом, преимущественно через своих сотрудников первой линии. Для стоматологической организации характерно:

- наличие большого количества услуг (процессов), необходимых для решения индивидуальных проблем каждого Пациента;
- неосвязаемость многих предоставляемых услуг, вносящая субъективизм и усложняющая оценку их качества;
- участие Пациента в процессах оказания услуг и высокая степень взаимодействия персонала с ним;
- формирование взаимоотношений с Пациентом на различных этапах процесса взаимодействия и зависимость их результатов как от удовлетворенности Пациента медицинскими услугами, так и от других элементов медицинского обслуживания;
- участие во взаимодействии с Пациентами разных функциональных единиц Компании;
- необходимость в информационной и психологической подготовке и сопровождении Пациентов на всех этапах взаимодействия с ним;

- решающая роль Пациента в оценке качества услуг и процессов их производства;

- решающая роль Врача в процессе предоставления услуг и их продажи.

На результат сделки влияют многие факторы, которыми необходимо эффективно управлять, собственно, как самому Врачу, так и другим участникам процесса продаж.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Российской Федерации. - Изд-во Питер, 2012.- 64 с.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (по состоянию на 01.05.2015 г.) // СПС «Консультант Плюс».
3. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001. № 197 – ФЗ (по состоянию на 11.03.2015 г.) // СПС «Консультант Плюс».
4. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – М.: ООО «Рид Групп», 2011. – 80 с. – (Новейшее законодательство России).
5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - Москва : Проспект, 2012. – 80 с.
6. Гражданский кодекс Российской Федерации в IV частях от 31.11.1994 № 51 – ФЗ (по состоянию на 01.01.2013 г.) // СПС «Консультант Плюс».
7. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, 30.12.2001г. (по состоянию на 01.01.2015 г.) // СПС «Консультант Плюс».
8. Закон РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992г. № 2300-1 (по состоянию на 01.01.2015 г.) // СПС «Консультант Плюс».
9. Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // СПС «Консультант Плюс».
10. Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // СПС «Консультант Плюс».
11. Введение в биоэтику. Учебное пособие / Под редакцией Юдина Б.Г., Тищенко П.Д. – М.: Прогресс-Традиция, 2008. – 382 с.
12. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник: в 2 т. / Под ред. В.З. Кучеренко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1 – 688 с.: ил.
13. Примеры менеджмента медицинских услуг. Ситуационные задачи по курсу "Управление здравоохранением". - Под ред. Ракича Д.С., Лонгеста Б.Б., Дарра К. - Хабаровск, 1998, 226 с.
14. Финансы: Учебник под ред. А.Г. Грязновой, Е.В. Маркиной. – М: Финансы и статистика, 2004.- 504 с.
15. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. Том I. Клиника “под ключ”. - СПб, 2009. - 1080 с.
16. Бутова В.Г., Ковальский В.Л. и др. Экспертиза качества стоматологической помощи. – Москва: СТВООК, 2005. – 191 с.
17. Ельсиновская С.О. Эффективное управление ресурсами медицинского учреждения. СПбГИЗУ. 2008. 456 с.
18. Кадыров Ф.Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений: Трудовые показатели. Производственная

- деятельность. Финансовое состояние. Составление смет. М.: Международный центр финансово-экономического развития, 1999.- 198с.
19. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО “Издательство медицина”, 2006. – 528 с.
20. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: Проффессионал, 2009. – 432 с.
21. Мохов А.А. и др. Конфликты в профессиональной деятельности врачей-стоматологов (психологические, этические и правовые аспекты) монография. – Волгоград. Изд-во ВолГМУ, 2009. – 132 с.
22. Петрова Н.Г. Основы маркетинга медицинских услуг: Учебн. Пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с.
23. Походенько-Чудакова И.О., Абаймова С.И. Деонтология и этика врача-стоматолога. Учебно-методическое пособие. – Мн.: БГМУ, 2004. – 44 с.
24. Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г. и др. Медицинское право: Учебник. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: РМАПО, ЦКБ РАН. – 2011. – 568 с.
25. 1. Шохин Е.И. Финансовый менеджмент: Учебное пособие. – М:ИД ФБК- ПРЕСС, 2005. – 408 с.
26. Янченко В.М., Касумова М.К. и др. Управление медицинским бизнесом: система управления стоматологической организацией. – СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2005. – 272 с.
27. Янченко В.М., Касумова М.К. и др. Управление медицинским бизнесом: маркетинг в стоматологической организации. – СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2005. – 332 с.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЭТИКА, ПРАВО И МЕНЕДЖМЕНТ В СТОМАТОЛОГИИ

учебно-методическое пособие
для студентов стоматологического факультета
специальность 060102 «Стоматология»

ЧАСТЬ II

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Организационно-издательский отдел
350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4
Тел./факс 268-60-64

Отпечатано методом цифровой печати.

Подписано в печать «__». __. 2016 г.

Заказ № 1515 от «__». __. 2016 г.

Тираж 100 экз.