

Глава V. Экспериментальное моделирование предпринимательской деятельности медицинского предприятия на примере общих врачебных практик ЗАО «Центр Семейной Медицины»

5.1. Принципы построения экспериментальной модели

Основная идея эксперимента заключалась в том, чтобы поместить медицинскую организацию в среду предпринимательских отношений, в среду бизнеса, полностью исключив ее из системы бюджетно-сметного финансирования (содержания). Мы планировали проанализировать возможность рентабельной, безубыточной деятельности предприятия производящего медицинские услуги в экономико-правовом пространстве, которое существует и действует в практическом здравоохранении на территории г.Томска.

В ходе эксперимента нам также хотелось изучить условия экономического, политического, финансового, материального характера которые необходимы для деятельности медицинского предприятия. Нам также интересовал вопрос стартовых условий – будет ли достаточным инициативы группы предпринимателей, обладающих предпринимательской активностью, небольшим капиталом и технологией производства медицинских услуг для организации и успешного развития бизнеса в здравоохранении.

Изначально, при создании экспериментальной модели, которая могла бы осуществлять практическую медицинскую деятельность предпринимательского характера мы придерживались следующих условий:

1. Созданная модель должна быть вновь созданной организацией, т.к.:

- прохождении процедуры лицензирования и аккредитации позволит дать самую раннюю диагностическую оценку отношения государственной исполнительной власти в Томской области к медицинскому предприятию открыто заявляющему о желании получать прибыль за счет предпринимательской деятельности при оказании медицинской помощи;
- вновь созданная модель позволит построить внутреннее организационное устройство предприятия в соответствии с поставленными целями и задачами и избавит от сложившихся стереотипов ведения финансово-хозяйственной деятельности, изменение которых требует гораздо большего времени;

2. Созданная медицинская организация должна быть самостоятельно-хозяйствующим субъектом. Мы допускаем, что медицинская организация может быть муниципальным или государственным унитарным предприятием – и эта организационная правовая форма также бы соответствовала характеру эксперимента и возможно обладала бы высоким уровнем экономической свободы и самостоятельности. Однако мы отказались от этого по следующим причинам:

- экспериментальное медицинское предприятие должно обладать типичными для предпринимателя стартовыми условиями, т.е. создать уставной капитал за счет собственных средств самих предпринимателей проявляющих предпринимательскую инициативу;
- ресурсы, используемые экспериментальным медицинским предприятием должны быть приобретены им на возмездной основе. Учреждение муниципального предприятия и как следствие безвозмездная передача ему муниципальных ресурсов (здания, оборудования, кадры и т.п.) не позволила бы оценить реальную стоимость ресурсов необходимую для начала производственного

процесса медицинских услуг, что существенно повлияло бы на чистоту эксперимента, а, следовательно, и на практические выводы.

- кроме того, создание муниципального (государственного) предприятия в рамках эксперимента, к тому же в социальной сфере, в здравоохранении в период реформ обладало бы высоким риском перехода эксперимента в политическое русло;
- создание муниципального (государственного) предприятия не позволило бы реализовать одну из важных целей эксперимента – разрушение монополии государства в сфере производства медицинских услуг, следовательно, мы не смогли бы дать оценку процессу демонополизации здравоохранения ни не с позиций государственной исполнительной власти, не со стороны субъектов обязательного медицинского страхования.

Поэтому, для реализации эксперимента мы создали медицинское предприятие как хозяйственное общество на основе частного капитала. Именно эта форма, по мнению экспертов, больше всего соответствует состоянию российской экономики переходного периода. Хозяйственное общество в любой форме представляет собой юридическое лицо, действует в соответствии с принятыми его участниками уставом и учредительным договором, имеет собственное наименование с обязательным указанием в нем организационно-правовой формы. Из организационно-правовых форм (ООО, ЗАО, ОАО) мы сделали выбор в пользу закрытого акционерного общества (ЗАО) так как:

- акционерным признается общество, уставный капитал которого разделен определенное число акций. Участники акционерного общества (акционеры) отвечают по его обязательствам и несут риск убытков, связанных деятельностью общества, в пределах стоимости принадлежащих им акций.

- акции предприятия распределяются среди "заранее определенного круга лиц", что на первых этапах и в условиях эксперимента обеспечивает устойчивость и целостность предприятия;
- акционерные закрытые общества, по мнению экспертов, наиболее приемлемы для объединения партнеров по делу, между которыми существует устойчивый, постоянный профессиональный контакт, осуществляется взаимодействие, наблюдается взаимная заинтересованность. Как правило, организации такого типа не ориентированы на сиюминутное получение прибыли в больших размерах, как правило политика этих предприятий ориентирована планомерное поступательное развитие.
- закрытое акционерное общество вовсе не обязательно выпускает акции. Участие в имуществе закрытого акционерного общества и размер учредительного взноса (владение долей акций) могут удостоверяться свидетельством, сертификатом, которые не являются ценными бумагами.
- ЗАО может быть сравнительно легко реорганизовано в открытое акционерное общество (ОАО). Тема создания и (или) реорганизация медицинских предприятий в акционерные компании открытого типа достаточно привлекательна как с точки зрения научной новизны так с точки зрения перспектив развития бизнеса в здравоохранении.

3. Созданная модель должна функционировать в системе обязательного медицинского страхования, т.к. деятельность медицинских организаций в системе ОМС является предпринимательской, и в предыдущих главах мы доказали это. Исполнение этого условия важно, т.к.

- процедура вхождение частного медицинского предприятия в систему ОМС – это вхождение частного медицинского предприятия в систему исполнения программы государственных

гарантий обеспечения граждан медицинской помощью – процесс, по существу разрушающий монополию государства на оказание медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. Поэтому отношение государственной исполнительной власти в сфере здравоохранения, отношение фонда ОМС к этому процессу безусловно даст весомую оценку перспективы предпринимательской деятельности здравоохранения реализующего услуги в сфере обязательного медицинского страхования.

- кроме того, вхождение в ОМС обеспечит выход на рынок услуг оплачиваемых медицинскими страховыми компания за счет средств ОМС;

4. Медицинская деятельность созданной модели не должна финансироваться из муниципального и (или) государственного бюджета по смете затрат, т.к. это противоречит логике экономических предпринимательских отношений;
5. Организационно-правовая форма созданной модели должна предусматривать законную возможность осуществления деятельности предпринимательского характера как коммерческого, так и некоммерческого характера. Участники проекта изначально достигли договоренности о некоммерческом характере медицинской деятельности созданного медицинского предприятия, т.е. на период эксперимента полученная прибыль должна была распределяться исключительно на развитие основной – медицинской деятельности предприятия.
6. Медицинская деятельность должна быть самокупаемой, т.е. экономически целесообразной
7. Мы также изначально отказались от попыток получения дополнительных инвестиций в виде грантов, целевого финансирования

и т.п. , так как на наш взгляд это бы существенно повлияло на чистоту эксперимента, который должен был доказать или опровергнуть возможность и экономическую целесообразность осуществления предпринимательской деятельности в здравоохранении экономически независимого самостоятельно-хозяйствующего субъекта.

Таким образом, для практической реализации эксперимента в 1998 году была создана организация - закрытое акционерное общество «Центр Семейной Медицины». Центр Семейной Медицины был учрежден физическими лицами, которые посредством своих взносов образовали уставной фонд. Размер уставного фонд был целенаправленно минимизирован до предельно допустимого законом уровня и составил – 9000 тысяч рублей. Эти средства были использованы на приобретение оргтехники и аренду помещения и медицинского оборудования. Изначальный заемный капитал составил 150 тысяч рублей.

5.2. Структура экспериментальной предпринимательской модели развития общей врачебной практики

5.2.1. Организационная структура ЗАО «ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Сферой деятельности Центра Семейной Медицины (далее Центр) была выбрана амбулаторно-поликлиническая помощь – производство медицинских услуг амбулаторно-поликлинического характера. Это было обусловлено:

1. высоким уровнем спроса на услуги амбулаторно–поликлинического характера, (среднегодовой уровень

посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждения в г.Томске составляет 3,5 – 4,5 млн. посещений в год).

2. сравнительно не высоким уровнем требуемых капиталовложений для организации и начала деятельности;

3. приемлемый с точки зрения экономической эффективности механизм оплаты амбулаторной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. В г.Томске и Томской области амбулаторная поликлиническая помощь оплачивается методом «подушевого финансирования».

В основу деятельности Центра была положена применяемая в практическом здравоохранении России технология организации оказания амбулаторной поликлинической помощи населению, основанная на участковом принципе обслуживания населения (система Семашко).. Это также было обусловлено объективной необходимостью. Во-первых, это предусматривалось условиями лицензирования, во-вторых, это упрощало процедуру включения Центра в общую функционирующую систему здравоохранительного производства (см. Приложение 5).

В целях получения конкурентных преимуществ при выходе на рынок медицинских услуг мы использовали новшество (элемент новаторства), которое только начинало внедряться в практику Российского здравоохранения – служба семейного врача. *Таким образом, для «завоевания» своих потребителей мы использовали факторы:*

- новизны услуги – семейный врач, как современная технология;
- универсальности услуги – семейный врач способен оказывать услуге всей семье – и детям, и взрослым, и пожилым людям;
- более высокого качества услуги – семейный врач – специалист владеющий гораздо большими знаниями и навыками, чем участковый

терапевт, он в процессе подготовки проходит специализацию по нескольким врачебным специальностям:

- соответствие услуги государственным стандартам и стратегии развития – внедрение службы семейного врача в амбулаторную практику, на тот момент, широко пропагандировался органами управления здравоохранением различного уровня, внедрение практики семейного врача была регламентировано как новое стратегическое направление реформы здравоохранения.

В результате сложилась следующая организационная структура (рис. 15).

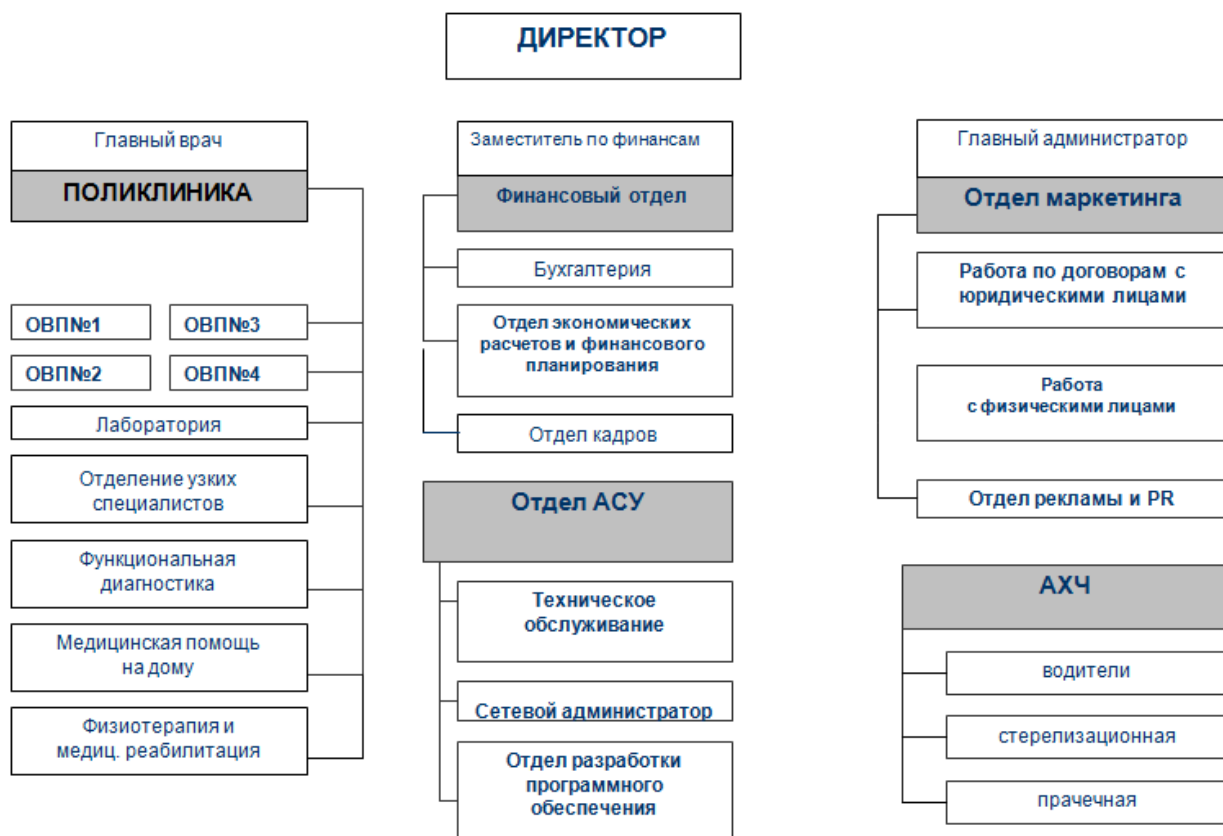


Рис. 15. Организационная структура Центра семейной медицины.

1. Офисы врачей общей практики (семейных врачей).

Основная технологическая единица – семейный врач. Семейный врач обслуживает население (оказывает услуги) по участковому принципу,

осуществляя врачебный прием, как в поликлинике, так и на дому. Группа семейных врачей формирует службу (отделение) семейных врачей. Группа семейных врачей разбита на три звена – три офиса, разделенных по территориальному признаку обслуживания. ОВП действует на основании разработанного нами Положения (см. Приложение 6).

Медицинское обслуживание осуществляется по территориально-участковому принципу, в т.ч. обслуживание на дому, дневной стационар, стационар на дому. Минимальная расчетно-плановая численность обслуживаемого населения каждой групповой ОВП – 4000 человек. На базе ОВП на постоянной основе работает гинеколог. Узкие специалисты ведут прием по расписанию, поочередно на каждой ОВП, по принципу «специалист на пациента» (рис. 16). Организационно-штатная структура Центра семейной медицины представлена в Приложении 3.

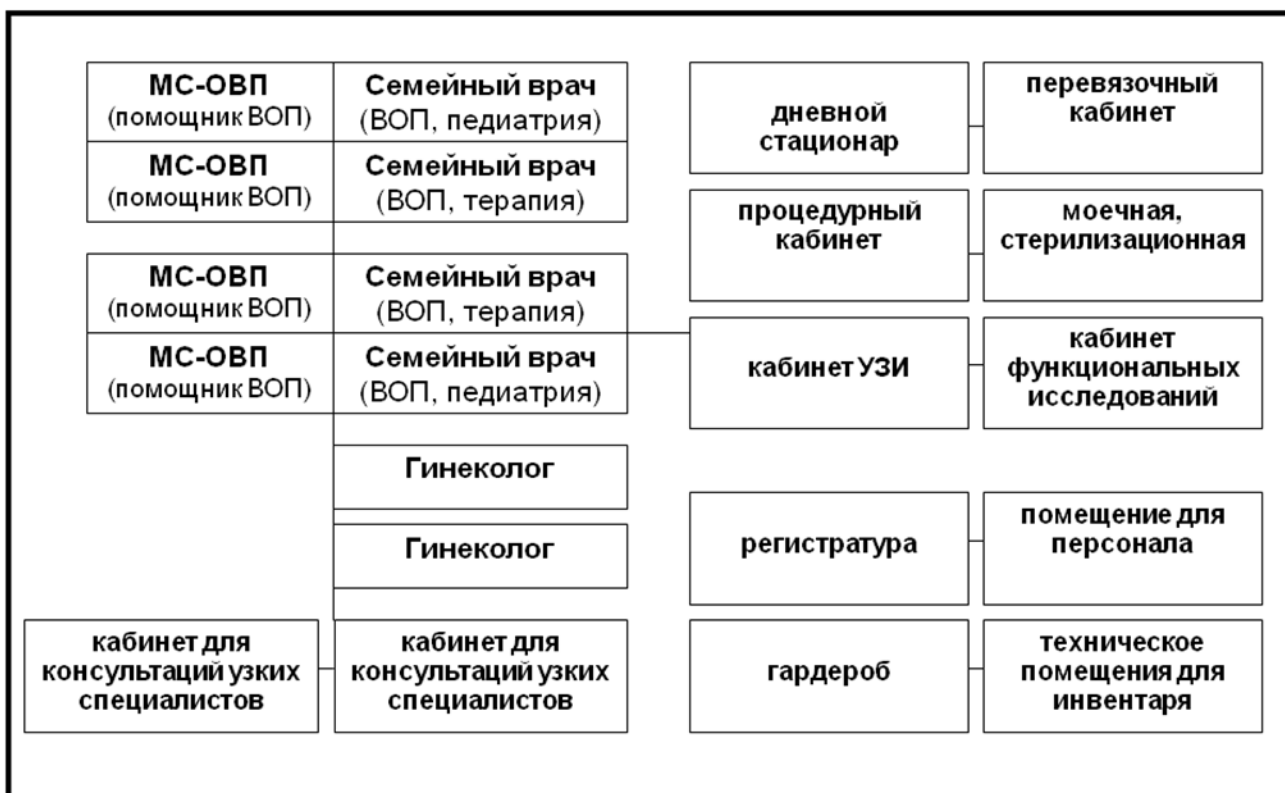


Рис. 16. Структура общей врачебной практики Центра семейной медицины.

2. Служба узких специалистов

Группа «узких» специалистов – формирует службу (отделение) узких специалистов. Узкие специалисты осуществляют деятельность в двух направлениях: с одной стороны своими консультациями дополняют услуги семейных врачей, с другой стороны осуществляют лечебно-диагностический прием пациентов не связанных с семейным врачом. Служба узких специалистов в отличие от отделения семейных врачей едина, и осуществляет консультирование каждого офиса семейных врачей по расписанию. Аналогичным образом построена работа лабораторно-диагностической службы. По сравнению с Центром, в бюджетных медицинских учреждениях принято при всех территориально обособленных поликлиниках формировать обособленные и «привязанные» к этим поликлиникам службы узких специалистов и лабораторные службы.

Амбулаторно-консультативная помощь для пациентов врачей общей практики, лечебно – консультативный для пациентов обратившихся за помощью к узким специалистам. Аллергология-иммунология, эндокринология, гинекология, офтальмология, отоларингология, неврология, психотерапия, урология, дерматология – штатные специалисты. При необходимости на консультативный прием приглашаются специалисты иных специальностей – внештатные (рис. 17).

Вместе с ВОП узкие специалисты курируют лечебно-профилактические проекты, например: профилактика депрессивных состояний, профилактика синдрома хронической усталости, астма-школа, психокоррекция веса, кабинет анонимного лечения венерических заболеваний и т.п.

Средний и младший медицинский персонал не выделялся в отдельную службу, т.к. его деятельность была неразрывно связана с деятельностью врачей двух упомянутых отделений. Однако в проекте развития Центра планируется открытие отделения сестринского ухода.

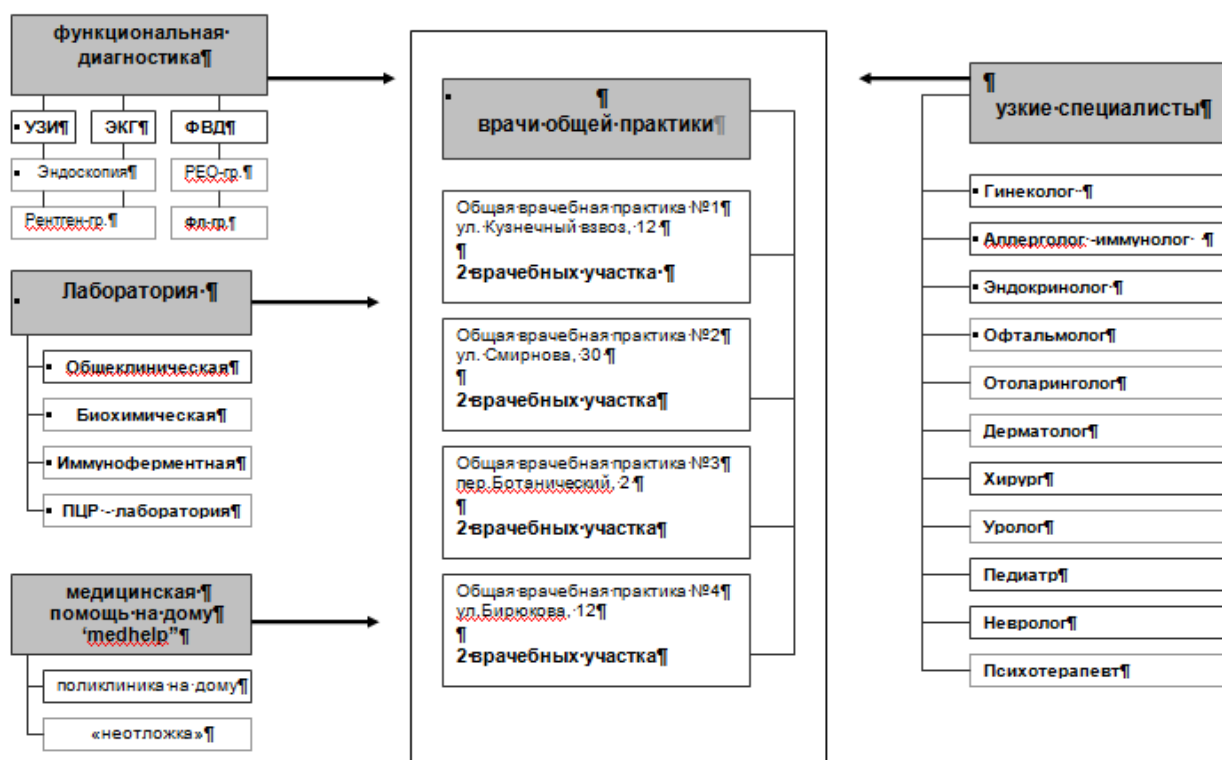


Рис. 17. Взаимодействие службы узких специалистов и диагностических подразделений с ОВП в Центре семейной медицины.

4. Лабораторная служба:

Характер деятельности: общеклиническая, биохимическая, иммуноферментная лаборатория. На основе договоров с другими лабораторными службами проводятся бактериологические исследования, ПЦР – диагностика (см. Приложение 8).

Отделения семейных врачей, узких специалистов и лабораторно-диагностическая служба позволила сформировать комплекс медицинских услуг, удовлетворяющих запросам как физических, так и юридических лиц.

5. Служба медицинской помощи на дому «MEDHELP»

Характер деятельности: круглосуточная медицинская помощь на дому, в т.ч. стационар на дому.

6. Служба программного обеспечения (АСУ):

Характер деятельности: разработка программных продуктов – автоматизация рабочих мест, системе корпоративной отчетности, анализа деятельности, медицинской статистики (см. Приложение 7).

7. Служба маркетинга и связи с общественностью

Характер деятельности: издательство газеты «Здорово Живешь», pr – деятельность и рекламно-информационная работа с населением в пользу компании.

8. Финансовая служба:

Характер деятельности: бухгалтерский учет, экономический расчет и анализ, статистика, финансовый анализ, взаимодействие кредиторами, дебиторами, поставщиками и подрядчиками, поиск инвесторов, разработка новых проектов.

Поликлиники ЦСМ располагаются в наиболее густонаселенных районах г. Томска (Каштак, Солнечный, Степановка, Черемошники, Академический). Основное направление работы – амбулаторно-поликлиническое обслуживание жителей указанных районов.

Для получения бесплатной медицинской помощи каждый житель г. Томска, имеющий полис ОМС, прикрепляется к поликлинике ЦСМ того района, в котором он проживает.

Режим работы поликлиник ЦСМ с 8 до 22 часов; в субботу, воскресенье – с 9 до 18 часов.

В состав поликлиник ЦСМ входят несколько специализированных поликлинических отделений:

1. Отделение врачебной экспертизы и профилактических осмотров.
2. Отделение иммунологии и аллергологии.

3. Отделение узких специалистов.
4. Отделение поллиативной медицинской помощи.
5. Отделение противоболевой терапии.
6. Общеклиническая лаборатория.
7. Лаборатория нейропсихопатологии и функциональной диагностики.

Функция руководителя технологией производства и качеством медицинских услуг была возложена на главного врача. В отличие от бюджетных медицинских учреждений, в функции главного врача Центра не входят вопросы финансовой, хозяйственной деятельности предприятия. Главный врач Центра – технолог лечебного процесса, в бюджетных медицинских учреждениях, как правило, это функция возложена на «начмедов» - начальников медицинской части (заместителей главного врача по лечебной работе).

Существенным отличием структуры Центра является наличие менеджерского звена, которое включает следующие группы:

1. *группа администраторов* – менеджеры, выполняющие административно - организационные мероприятия, связанные с внутренней деятельностью Центра (офисов семейных врачей). Они призваны решать все проблемы организационного характера при обращении пациента в Центр (регистрация, маршрутизация пациента, делопроизводства, ведение статистики, выполнение функции кассира, секретаря и т.п.). На один офис семейных врачей - приходится 1 – 2 администратора. В Центре эта группа приобрела условное название внутренние менеджеры.
2. *группа менеджеров отдела маркетинга* (по существу отдела продаж) – менеджеры, работающие в направлении продаж медицинских услуг, выполняющие при этом всю сопутствующую этому процессу

работу (формирование договорных отношений, реклама, разработка, продвижение проектов, анализ продаж, исследование рынка медицинских услуг и т.п.) Условно эту группы мы именовали как внешние менеджеры.

3. *группа менеджеров отдела информационно-технического обеспечения* – менеджеры-програмисты, аналитики, разрабатывающие и внедряющие программно - учетный комплекс во все звенья организационного процесса. В их функции входит организация системы ввода первичной информации, ее обработка, формирование базы данных. На ее основе создается система взаимосвязанного оперативного учета и как следствие система анализа, а, следовательно, система контроля и прогнозирования. Это звено выполняло связующую функцию между внутренним и внешним менеджментом.

Руководителем менеджерского звена является главный администратор.

Первым руководителем Центра является директор Центра, что также не свойственно для подавляющего большинства медицинских учреждений, функционирующих на рынке медицинских услуг.

В его непосредственном подчинении находится главный бухгалтер, по существу заместитель директора по экономическим и финансовым вопросам, в подчинении последнего находится бухгалтерская группа.

В процессе эксперимента, на протяжении пяти лет организационная структура Центра Семейной Медицины неоднократно менялась. В настоящее время центр имеет структуру, сложившуюся на конец 2002 года, до настоящего момента она практически не изменилась.

В процессе деятельности Центра мы не раз убеждались в том, что создание менеджерской группы давало нам существенные преимущества, т.к. осуществление продаж медицинских услуг, грамотное

позиционирование и продвижение производимых медицинских услуг на рынке являлось самой слабой стороной конкурирующих с Центром бюджетных организаций.

В ходе эксперимента мы отметили, что отсутствие в бюджетных организациях группы людей занимающихся изучением спроса потребителей и продвижением медицинских услуг на рынок является следствием того, что удовлетворение потребностей конечных потребителей медицинских услуг для наших конкурентов - второстепенная задача. В первую очередь бюджетные медицинские учреждения стремятся соответствовать запросам чиновников исполнительной власти в лице руководителей органов управления здравоохранением. Именно чиновник влияет на объемы и регулярность финансирования медицинского учреждения, на внутреннюю организационную структуру (он назначает и снимает первого руководителя), на распределение финансов (определяет целевой характер расходования средств). Чиновник определяет политику ценообразования и уровень цен на медицинские услуги, чиновник определяет возможность или невозможность работы медицинского учреждения в сфере так называемых платных услуг. Неудовлетворенность потребителя не имеет для бюджетного медицинского учреждения никакого значения и не представляет угрозы его финансовому состоянию, до тех пор, пока негативное мнение потребителя (возмущения граждан) медицинской не затронет интересы чиновника, как правило, это политические интересы.

5.2.2. Экспериментальное моделирование системы внутрифирменного предпринимательства

Проблема заключалась не в том, чтобы создать финансовые стимулы труда, посредством введения определенных условий вознаграждения за

труд. Мы рассматривали этот вопрос гораздо глубже, мы попытались создать условия, при котором наемный работник (семейный врач) смог бы проявить предпринимательскую инициативу и предпринимательскую активность.

Деятельность предприятия в системе ОМС гарантировало постоянный доход, однако его величина могла быть различной. Величина дохода имела прямую зависимость от численности застрахованного населения прикрепленного для медицинского обслуживания к Центру, т.к. за каждого застрахованного прикрепленного страховая компания ежемесячно платила «подушевой» тариф. Например, к Центру прикреплено всего 5000 взрослого населения, при величине тарифа 20 рублей в месяц, Центр будет получать $5000 \times 20 = 100\,000$ рублей в месяц. Используя полученные средства Центр должен организовать и предоставить застрахованным по ОМС гражданам комплекс амбулаторных услуг в рамках программы ОМС в случаях их обращения за медицинской помощью. Таким образом, при этих условиях мы видели два пути максимизации прибыли – первый увеличивать численность прикрепленных застрахованных граждан – увеличивать доход, второй снижать обращаемость застрахованных граждан за медицинской помощью, повышая и поддерживая уровень их здоровья – тем самым снижать расход. По существу в этих двух направлениях мы и установили точки предпринимательской инициативы семейных врачей, определив прямую зависимость доходов семейных врачей от численности прикрепленных застрахованных к их участкам обслуживания и косвенную обратную зависимость от уровня их посещаемости застрахованными гражданами (см. Приложения 9-11).

Следует заметить, что в бюджетных медицинских учреждениях действуют совершенно иные противоположные принципы. Процедура прикрепления застрахованных к поликлинике происходит по территориальному принципу. Гражданин, проживающий на территории

обслуживания поликлиники, автоматически прикрепляется к данной поликлинике, следовательно, оплата за него осуществляется в данную поликлинику. В большинстве случаев врач и пациент незнакомы, следовательно, врач не знает своего потребителя формирующего его доход. Доходы участковых врачей (заработная плата) не зависят от численности прикрепленных к участку врача, но зависят от частоты посещений сделанных пациентами.

В деятельности Центра мы изначально отказались от этих принципов. Были установлены правила:

- каждый пациент прикрепляется на медицинское обслуживание к семейному врачу, исключительно по своему желанию, выраженному в письменной форме;
- каждый пациент обладает свободой выбора своего семейного врача, может свободно прикрепиться (создав доход семейному врачу) и свободно открепиться от своего семейного врача, перейти к другому или уйти в другое медицинское учреждение (сократив доход семейного врача).
- оплата за прикрепленных пациентов создает внутренний денежный фонд семейного врача – бюджет семейного врача, врач выступает в роли бюджетодержателя. Личный доход врача имеет прямую зависимость от величины бюджета семейного врача. Средства бюджета семейного врача могут использоваться на мероприятия, способствующие повышению дохода семейного врача. Для семейного врача существует риск низкого уровня доходности его деятельности не соответствующего его личным потребностям (см. Приложение 12, 14).
- число пациентов, которые могут прикрепиться к семейному врачу не ограничено, и зависит только от возможностей семейного врача

своевременно оказать квалифицированную помощь всем нуждающимся;

- семейные врачи могут различными способами совершенствовать организацию своего труда, в целях повышения доходов бюджета семейного врача. Например, создать звено семейного врача, приняв ассистента (помощника) семейного врача, численность и уровень квалификации которых ограничивается лишь финансовыми средствами бюджета семейного врача.

5.2.3. Маркетинговая стратегия формирования предпринимательской модели ОВП на примере Центра семейной медицины

Поликлиники ЦСМ функционируют с 1999 года, когда была открыта первая поликлиника по ул. Смирнова, 30 (район «Каштак»). В течение последующих 7 лет открыты и функционируют еще 4 поликлиники ЦСМ в других районах города.

Основная стратегия в создании поликлиник – выбор их месторасположения в тех районах города, где наиболее ощутима необходимость получения своевременной амбулаторно-поликлинической помощи жителям этих районов.

Например – жители района «Степановка» вынуждены обслуживаться в Поликлинике №1, расположенной на пр. Ленина, 51. Для создания большей доступности к врачебной помощи жителям данного района, на «Степановке» открыта поликлиника ЦСМ по адресу ул. Богдана Хмельницкого, 43.

Дальнейшие маркетинговые мероприятия будут направлены на оповещение населения города о существовании сети поликлиник ЦСМ с

разъяснением преимуществ и достоинств оказываемых ими медицинских услуг.

Для популяризации данных услуг среди населения будут привлекаться электронные средства массовой информации (телевидение, радио), распространяться рекламные материалы.

1. Структура расходов:

Расходы на маркетинг

Ежемесячные расходы на маркетинг запланированы на уровне 30 тыс. рублей, в том числе расходы на изготовление рекламных материалов – 10 тыс. рублей, расходы на рекламу (радио, телевидение, Интернет) – 20 тыс. рублей.

Прохождение процедур лицензирования и сертификации

ЗАО «Центр Семейной Медицины» существует с 1998 года. В настоящее время данное предприятие обладает лицензионным правом на оказание медицинских услуг по 52 видам медицинской деятельности.

Сырье, материалы

Основные расходы связаны с потреблением электроэнергии и тепловой энергии. Расходы на отопление и электроэнергию составляют: в зимний период (октябрь-апрель) – 250 тыс. рублей в месяц; в летний период (май-сентябрь) – 30 тыс. рублей в месяц. Общие расходы за год составляют 1 900 тыс. рублей.

Расходы на медикаменты (лекарства, шприцы, перевязочный материал и т.д.) составляют 1 200 тыс. в год.

Ежемесячные платежи

Ежемесячные платежи приведены в таблице 11. Основную долю в них составляют арендные платежи и расходы на содержание помещений.

Структура расходов на регулярные платежи

№ п/п	Наименование	Сумма, тыс. руб.
1	Аренда помещений	36
2	Оплата услуг связи, Интернет	5
3	ГСМ	15
4	Прочие (канцелярия, хозрасходы)	80
Итого:		136

Налоговое окружение.

ЗАО «Центр Семейной Медицины» действует в режиме упрощенной системы налогообложения, объект налогообложения – доходы, уменьшенные на величину расходов. Налоговая база, используемая при расчете проекта, состоит из следующих налогов: обязательное пенсионное страхование (ОПС) – 14% от фонда заработной платы, единый налог – 15% от разницы (доходы – расходы).

Необходимый объем инвестиций. Направления расходования средств.

Для реализации проекта потребовались инвестиционные средства в размере: 28,6 млн. рублей.

Данные средства были направлены на приобретение медицинского оборудования (см. Приложение 13) и объектов недвижимости с целью размещения в них поликлиник ЦСМ (таблица 12).

Затраты на персонал, размер фонда заработной платы (ФЗП)

ФЗП включает в себя сумму начисленной заработной платы, согласно штатного расписания и начисленных налоговых отчислений. Плановые расходы на ФЗП приведены в таблице 13.

Таблица 12.

Направление расходования инвестиционных средств

Статья затрат	Стоимость затрат, тыс. руб.
1. Помещение ул. Смирнова, 30 (289 м ²), медоборудование	3 000
2. Помещение, ул. Б. Хмельницкого, 43 (418 м ²)	11 600
3. Помещение ул. Войкова, 55	4 500
4. Помещение ул. Сибирская, 104/4 (305 м ²), медоборудование	9 500
Всего	28 600

2. Структура доходов.

Основным источником компенсации инвестиционных затрат (приобретение основных средств) по проекту является чистый доход, получаемый предприятием в процессе реализации проекта. Общая сумма накопленного дохода за период 2009 – 2014 г.г. составляет 47,5 млн. рублей (таблица 14-16).

Таблица 13.

Динамика расходов на ФЗП в процессе реализации проекта

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Основной персонал, чел.	60	80	100	120	120	120
Административный персонал, чел.	7	7	8	10	10	10
Общая численность, чел.	67	87	108	130	130	130
Начисленная з/плата, тыс. руб/год	10 944	14 954	20 609	27 012	30 299	34 002
Налоги, тыс. руб/год	1 532	2 094	2 885	3 782	4 242	4 761
ФЗП, тыс. руб/год	12 476	17 048	23 494	30 794	34 541	38 763
Средняя з/плата на 1 сотр. Руб/мес	13 612	14 324	15 902	17 315	19 422	21 796

Таблица 14.

Источники получения дохода от реализации предпринимательского
проекта

Год	Программа ОМС		Выручка юр.лица (проф.осмотры, ДМС)	Касса ЦСМ (физ.лица)	ИТОГО
	полисов, шт.	млн. руб.	млн. руб.		млн. руб.
2009	16 000	15,32	8	24,5	47,82
2010	19 000	19,38	8,5	28,0	56,80
2011	22 000	22,44	10	32,4	64,84
2012	25 000	25,50	11	35,8	72,3
2013	28 000	28,56	13	38,4	79,96
2014	31 000	31,62	15	40,8	86,42

Программа ОМС (целевое финансирование) – средства ОМС поступающие от страховых медицинских организаций (СМО) и ТФОМС. Оплата деятельности в ОМС производится по принципу подушевого финансирования – оплата за каждого застрахованного по ОМС человека прикрепленного на медицинское обслуживание. Бизнес – стратегия: увеличение численности прикрепленного на медицинское обслуживание населения за счет расширения географии (зоны) присутствия, повышения узнаваемости и авторитетности, доступности и качества, формирование уровня высокого доверия.

Юридические лица –

1. оплата за профилактические осмотры производится за счет средств предприятий, а также за счет средств фонда социального страхования за дополнительную диспансеризацию работающих граждан. (60%)
2. ДМС – оплата страховыми компаниями лечение застрахованных по ДМС граждан(30%).

Таблица 15.

Полный план финансовой эффективности реализации предпринимательского проекта (тыс. руб.)

Период расчета	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Исходные	тыс. руб	тыс. руб	тыс. руб	тыс. руб	тыс. руб	тыс. руб
Выручка без НДС	29120,000	33080,000	38040,000	43000,000	46960,000	50920,000
поликлиника	21120,000	25080,000	29040,000	33000,000	36960,000	40920,000
профосмотры	8000,000	8000,000	9000,000	10000,000	10000,000	10000,000
Материальные затраты	3900,000	2020,000	2040,000	2060,000	2080,000	2080,000
Медикаменты	1200,000	1200,000	1200,000	1200,000	1200,000	1200,000
Коммунальные (э/энергия, отопление)	1900,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
бензин, литр	200,000	220,000	240,000	260,000	280,000	280,000
Прочие	600,000	600,000	600,000	600,000	600,000	600,000
Расходы на оплату труда	12476,160	17047,811	23493,823	30793,820	34541,102	38762,735
Начисл. на ФЗП	1532,160	2093,591	2885,206	3781,697	4241,890	4760,336
Нематериальные затраты (вкл НДС)	1212,000	1252,000	1352,000	1352,000	1352,000	1352,000
Аренда помещения м.кв.	432,000	432,000	432,000	432,000	432,000	432,000
Реклама, маркетинг, мес	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000
Почта, телефон, Интернет, мес	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000
Прочие затраты	360,000	400,000	500,000	500,000	500,000	500,000
Расходы, связанные с пр-вом и реализацией (себестоимость)	17588,160	20319,811	26885,823	34205,820	37973,102	42194,735
Валовая прибыль	9023,312	10887,516	10010,528	8277,916	8986,898	8725,265
Налог на прибыль	1353,497	1633,127	1501,579	1241,687	1348,035	1308,790
Чистая прибыль	7669,815	9254,388	8508,949	7036,229	7638,863	7416,475

Таблица 16.

**Сокращенный план финансовой эффективности реализации
предпринимательского проекта (тыс. руб.)**

Наименование показателя	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1. Выручка без НДС	29 120	33 080	38 040	43 000	46 960	50 920
2. Себестоимость	17 588	20 320	26 886	34 206	37 973	42 195
3. Амортизация	0	0	0	0	0	0
4. Сальдо внереализационных операций	-2 509	-1 873	-1 144	-516	0	0
5. Валовая прибыль	9 023	10 888	10 011	8 278	8 987	8 725
6. Налог на прибыль	1 353	1 633	1 502	1 242	1 348	1 309
Чистая прибыль	7 670	9 254	8 509	7 036	7 639	7 416
Чистый доход	7 670	9 254	8 509	7 036	7 639	7 416

3. Прямая оплата медицинских услуг граждан за счет средств
предприятий (10%)

Бизнес – стратегия: увеличение объема выручки за счет сектора ДМС.

Физические лица:

1. оплата медицинских услуг гражданами не прикрепленными на медицинское обслуживание по ОМС;
2. оплата услуг не входящих в программу ОМС;

Параметры денежных потоков.

Основным критерием устойчивости проекта является наличие свободных денежных остатков в каждом рассматриваемом периоде. В

рамках реализации настоящего проекта у компании генерируется доход, достаточный для оплаты кредитных ресурсов и накоплению прибыли.

При стартовых вложениях 28,6 млн. рублей денежный поток, накопленный к концу 2014 года, составит 25,5 млн. рублей. Реализация проекта позволит достичь следующих показателей эффективности (при ставке дисконтирования – 14% годовых) за период 2009-2014 г.г.:

- NPV, тыс. руб. - 15 123
- IRR, % годовых - 40
- PI - 1,7
- PP, год - 3
- ROI, % - 160

Простой срок окупаемости инвестиций составляет 2 года, то есть проект окупается к концу 2010 года.

5.2.4. Концепция рекламно-информационного продвижения модели

Основная задача рекламно-информационного продвижения модели - определить и прописать бренд-платформу – то, что мы хотим донести до целевой аудитории с целью привлечения потребителя. При проектировании бренда существует формула для позиционирования:

Имя + индивидуальность + эмоциональное поле + потребительские свойства = позиционирование

Это значит, что необходимо выделить отличительные особенности предприятия, ответить на эмоциональные ожидания (потребительские

свойства) и, апеллируя к ним, вызвать нужный поток эмоций к нашему объекту.

Разрабатывая брэнд-платформу на первый план необходимо выводить информацию не о себе, своих качественных услугах, высококлассных специалистах, современных технологиях и эксклюзивном отношении к каждому пациенту, а информацию о человеке и его проблемах, о том, как мы можем ему помочь.

На первом этапе необходимо определиться с целевой аудиторией. Мы выделили две группы воздействия. Каждую группу, в свою очередь, можно разделить на несколько более четких аудиторий.

1-ая группа: физические лица – представители делового среднего класса. Психография: как правило, менеджеры среднего звена. Это деловые, практичные люди с выраженной активной жизненной позицией, ценят себя, свое время, здоровье. Данная категория активно интересуется вопросами соотношения качества и цены. Они готовы платить больше за хорошее качество. Они, как правило, неплохо ориентируются в конкретной рыночной ситуации, имеют возможность сравнивать предложения различных конкурирующих фирм и выбирать.

2-ая группа: организации (государственные учреждения, крупные производственные предприятия: руководители предприятий, начальники отделов кадров, служб по управлению персоналом; коммерческие фирмы: руководители).

Группы требуют разных подходов и методов работы. При этом некоторые мероприятия, направленные на 2-ую группу воздействия будут оказывать влияние на 1-ую («семейное» обслуживание).

Для этого необходимо упорядочить всю информацию и расставить акценты для подготовки необходимых материалов для работы с 1-ой и 2-ой группой, а также общей информации о ЦСМ.

На втором этапе необходимо сформулировать общую информацию о ЦСМ.

Центр Семейной Медицины – медицина комфорта.

ЦСМ - это сеть поликлиник, расположенных в различных микрорайонах города. Удобный режим работы с 8 до 21 часа. Обслуживание по полисам ОМС (получение основных услуг БЕСПЛАТНО) в любой поликлиники сети. Разнообразные медицинские программы. Комфортный интерьер, отсутствие очередей, приветливый персонал. И как основа бренд-платформы - служба семейного врача (отличительная броская индивидуальная черта).

- Семейный врач – врач общей практики (включает 16 врачебных специальностей).
- Семейный врач проводит первичную консультацию, комплексное обследование, при котором выявляются различные заболевания, которые необходимо лечить.
- Семейный врач рекомендует лечебные программы, узких специалистов.
- Семейный врач курирует своего пациента, звонит ему, интересуется состоянием здоровья его, его родственников, информирует о новых программах, кт появляются в Центре. У семейного врача также можно получить консультацию по телефону.
- Семейный врач в курсе историй болезни всех членов семьи, особенностей и проблем всех своих пациентов. Предупреждает о необходимости повторных обследование и пр. кроме того, семейные врачи – хорошие психологи. Это 95% успеха профессии, т.к. личный контакт с пациентом – это важная

составляющая специальности. Нередко пациенты начинают наблюдаться у семейного врача еще до рождения.

Позиционирование – это бренд-платформа – фундамент для всех рекламных и маркетинговых коммуникаций.

Если развивать службу семейного врача, то к семейным врачам необходимо предъявлять такие же требования, как менеджерам по работе с клиентами в любых других сферах (банки, рекламные фирмы, пр.). А именно снабдить их необходимыми инструментами для ведения клиентской базы (программы по управлению отношениями - CRM: заполнение в регистратуре карточки клиента со всеми необходимыми личными данными, ведение истории контактов, поздравление с различными праздниками, личными, профессиональными и пр.). Задача – прикрепить к себе пациента, добиться доверия с его стороны.

Для продвижения бренда ЦСМ необходимы как внешние факторы (создание комплекса мероприятий, рекламно-информационной продукции), а также внутренние.

1. Внутренние факторы продвижения.

Центральная идея программы продвижения должна состоять в том, чтобы сделать пациента постоянным. Одним из показателей эффективности рекламной стратегии выступает мера готовности пациента и его реальное участие в рекламном процессе.

Воздействие на это оказывает:

- Персонал, который должен произвести наилучшее впечатление на всех этапах обслуживания;
- Информация, сопровождающая пациентов – сведения об услугах, специалистах, программах, дополнительных услугах и пр. (наличие информационных стендов в регистратуре, указателей кабинетов,

информационных стоек с раздаточной продукцией – буклеты, методички, новые программы и пр.);

- Эстетотерапия (интерьер; исключить прием двух пациентов и двух врачей в одном кабинете, минеральная вода, может быть музыка в фойе);
- Ведение клиентской базы пациентов (по указанным выше группам – физические и юридические лица). Это основной инструмент закрепления пациентов в поликлиниках. Постоянных пациентов необходимо информировать о новых программах, необходимости повторных обследовании, поздравление с различными праздниками и пр.
- Установление обратной связи с каждым пациентом (телефонные поросы, анкетирование пациентах на дому, на приеме, на ресепшен и пр.)

Наличие брендбука.

Еще про одну наиболее важную составляющую бренд-платформы – наличие брендбука – руководство по применению фирменного стиля, в котором представлены основные цветографические константы фирменного стиля. Наличие данного документа необходимо для создания единого узнаваемого визуального образа продвигаемого бренда.

2. Внешние факторы.

Для продвижения бренда ЦСМ необходимо делать акцент на разъяснительно-просветительскую работу:

- корпоративные буклеты о ЦСМ, брошюры, методички о различных программах под логотипом ЦСМ (продвижение программ под маркой ЦСМ);

- выступление в СМИ по актуальным медицинским вопросам (консультации, рекомендации, горячие линии – ответы на вопросы читателей);
- периодический прокат видеоролика; передача по ТВ.
- продвижение ЦСМ через образ квалифицированного персонала. В связи с этим, необходимо уделять внимание повышению квалификации персонала, участвовать в различных семинарах, освещать преподавательскую, ученую деятельность врачей, выезды в районы, участие в региональных программах по обмену опытом и пр., участие в различных городских конкурсах (Гемма, Человек года, Губернаторский конкурс качества и др.)
- размещение адресной программы наружной реклама (щиты 3х6 вблизи поликлиник);
- доработка Интернет сайта.

Учитывая российский менталитет и особенности муниципальных поликлиник, не секрет, что большинство граждан занимается самолечением (способствует этому активная реклама лекарственных средств). В связи с этим, наблюдается рост популярности медицинских сайтов. Найти ответ в Интернете достаточно просто, сохраняется анонимность, сделать это можно даже ночью, когда многие больницы и поликлиники недоступны.

5.3. Эффективность модели предпринимательской деятельности медицинского предприятия на примере общих врачебных практик

Для практической реализации эксперимента в 1998 году была создана организация - закрытое акционерное общество «Центр Семейной Медицины». Центр Семейной Медицины был учрежден физическими

лицами, которые посредством своих взносов образовали уставной фонд. Вопрос стартовых условий – инициатива группы предпринимателей, обладающих предпринимательской активностью, небольшим капиталом и технологией производства медицинских услуг для организации и успешного развития бизнеса в здравоохранении (рис. 18).

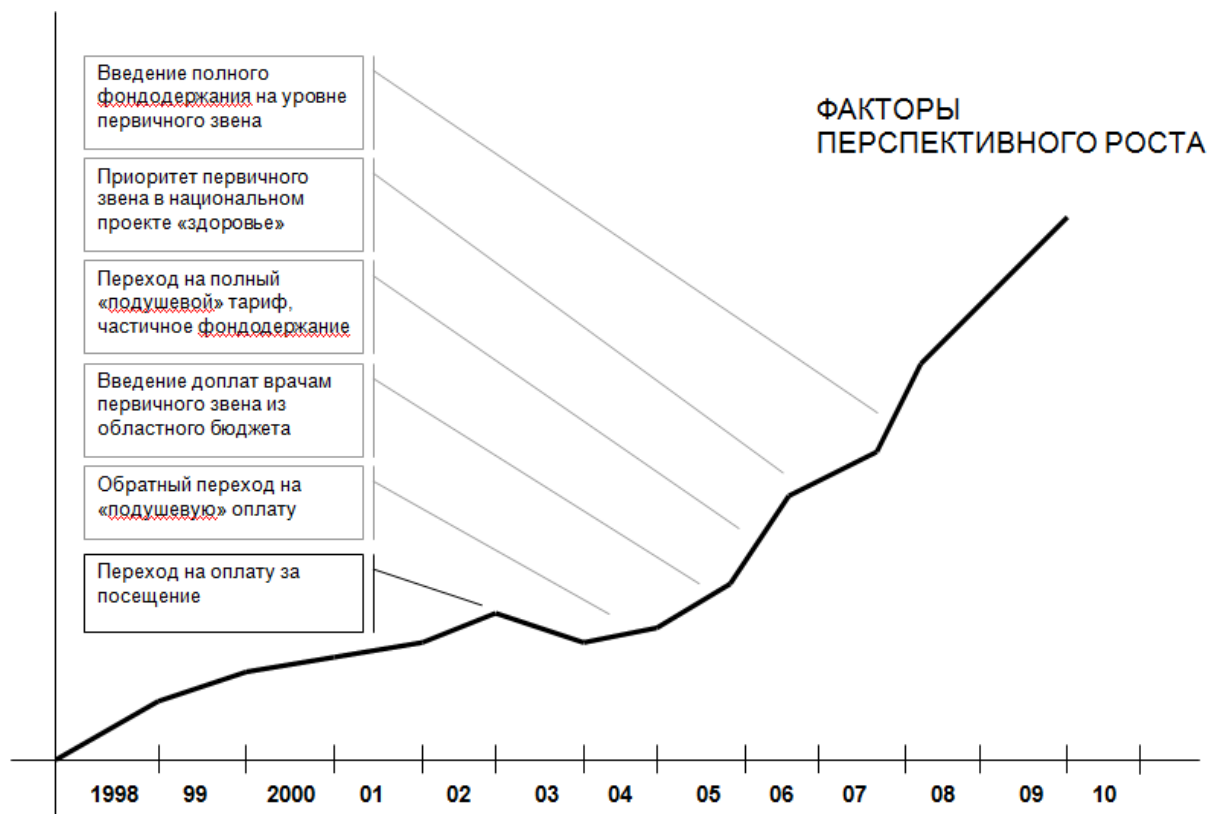


Рис. 18. Основные организационные этапы формирования предпринимательской модели.

Для деятельности экспериментальной модели были выполнены следующие условия:

1. Созданная медицинская организация - самостоятельно-хозяйствующий субъект: с внутренним организационным устройством предприятия в соответствии с поставленными целями и задачами, без

сложившихся стереотипов ведения финансово-хозяйственной деятельности как МЛПУ.

2. Предприятие обладало типичными для предпринимателя стартовыми условиями, т.е. уставной капитал был создан за счет собственных средств самих предпринимателей, проявляющих предпринимательскую инициативу; ресурсы, используемые предприятием, были приобретены на возмездной основе.

3. Модель функционировала в системе обязательного медицинского страхования, т.е. на рынке услуг, оплачиваемых медицинскими страховыми компания за счет средств ОМС.

Таким образом, создание ЦСМ в 1998 г. позволило реализовать одну из важных целей эксперимента – разрушение монополии государства в сфере производства медицинских услуг и позволяет оценивать и изучать особенности и возможности развития частных медицинских предприятий в современных условиях государственных реформ.

Прохождении процедуры лицензирования и аккредитации позволила дать самую раннюю диагностическую оценку отношения государственной исполнительной власти в Томской области к медицинскому предприятию открыто заявляющему о желании получать прибыль за счет предпринимательской деятельности при оказании медицинской помощи.

Процедура вхождение частного медицинского предприятия в систему ОМС – это вхождение частного медицинского предприятия в систему исполнения программы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью – процесс, по существу разрушающий монополию государства на оказание медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. Поэтому отношение государственной исполнительной власти в сфере здравоохранения, отношение фонда ОМС к этому процессу безусловно дал весомую оценку перспективы предпринимательской деятельности здравоохранения реализующего

услуги в сфере обязательного медицинского страхования в г.Томске и Томской области.

Вхождение в ОМС стала началом формирования конкурентных взаимоотношений между предпринимательскими ОВП и МЛПУ на уровне амбулаторной участковой службы, при этом предметом конкурентной борьбы стал пациент, что имело позитивные последствия:

- В условиях складывающейся конкуренции МЛПУ начали олицетворять (видеть) своего пациента. (Позитивный пример МЛПУ №10 – активные посещения – участковых.)
- МЛПУ сразу оценили и потребовали размещения программных продуктов с базами прикрепленного населения в поликлиниках, появилась потребность квалифицированных кадров – регистраторов со знаниями пользователей компьютеров.

В то же время ОВП Центра семейной медицины, сформированные в рамках разработанной экспериментальной модели, имели целый ряд организационно-технических преимуществ перед муниципальными ЛПУ. Основные преимущества проанализированы в таблице 17.

В ходе реализации эксперимента было установлено:

- созданные условия позволили семейным врачам реализовать предпринимательскую инициативу;
- семейные врачи, успешно реализующие предпринимательскую инициативу смогли обеспечить себе должный уровень дохода, который в 2-3 раза превышал заработную плату участковых врачей.

Организационно-технические преимущества ОВП ЗАО «ЦСМ» (ОВП-П), сформированных в рамках разработанной экспериментальной модели, перед ОВП муниципальных ЛПУ (ОВП-М) и поликлиниками.

Условия	ОВП-П	ОВП-М	Муниципальная поликлиника
Участковое звено (специализация)	Врач общей практики (семейный врач)	Врач общей практики (семейный врач)	Участковый терапевт, педиатр
Контингент обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Взрослые, ▪ Подростки ▪ Дети, ▪ Беременные женщины 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Взрослые, ▪ Подростки ▪ Дети 	Взрослые или подростки, дети.
Форма участковой работы	Участки вынесены на территорию – офисы семейных врачей, доступны для населения	ОВП – при поликлиниках, все участки в одном здании	Все участки в одном здании.
Режим работы	с 7 до 21 часа. Сб, Вс.- с 9 до 16.	8 – 18 часов	8 – 18 часов
Режим помощи на дому	С 7 до 24 часов	с 8(10) до 12(17) (по записи)	с 8(10) до 12(17) (по записи)
Дневной стационар	Да	Нет	Да/Нет
Стационар на дому	Да	Нет	Да/Нет
Пункты серопротифакики	Да	Нет	Да/Нет
Спектр реализуемых лабораторных исследований	Весь спектр лабораторных исследований, использование внутрикорпоративного и внешнего аутсорсинга	Узкий спектр лабораторных исследований, ограниченных возможностями поликлиник	Различный спектр лабораторных исследований, в рамках возможностями поликлиник.
Работа в регистратуре	Администраторы (в/о, ср. спец./о), с широким кругом функциональных обязанностей	Регистраторы	Регистраторы

Служба узких специалистов	Специалист на пациента, специалист консультирует там, где живет пациент.	Пациент на специалиста, пациент идет туда где принимает специалист	Пациент на специалиста, пациент идет туда где принимает специалист
Прикрепление на обслуживание по ОМС	Основано на личном выборе пациентом своего врача, пациент всегда знает своего врача в лицо, врач знает своих пациентов	Административно, пациент не знает своего врача, врач не знает своих пациентов	Административное, пациент не знает своего врача, врач не знает своих пациентов

- семейные врачи, которые не смогли реализовать предпринимательскую инициативу не смогли набрать (прикрепить к себе) для медицинского обслуживания должное количество застрахованных обеспечив тем самым себе желаемый уровень дохода;
- в ходе реализации предпринимательской инициативы семейных врачей, установлено, что удовлетворенность пациентов медицинскими услугами, реализуемых в амбулаторном звене в большей степени зависит от личных человеческих качеств семейного врача, его коммуникабельности умения правильно (в соответствии с текущими обстоятельствами) общаться с пациентами. Этот факт обусловлен и тем, что пациенту трудно адекватно оценить истинный профессионализм врача.

Таким образом, создание условий и развитие внутрифирменного предпринимательства способствовало динамичному развитию предприятия в целом, наполняло коллектив духом предпринимательских отношений, устраняло внутри коллективные противоречия, которые всегда возникают при различной направленности мотивирующих факторов

собственников предприятия (первичных предпринимателей) и наемных работников (вторичных предпринимателей).

Успешность и эффективность предпринимательской модели подтверждается количественными показателями деятельности Центра семейной медицины.

На рис. 19 представлена динамика роста количества прикрепившегося населения в ОПВ ЦСМ. Поскольку прикрепление в данном случае производилось по инициативе граждан и требовало от них определенных действий, можно рассматривать данный показатель как отражающий успешность работы ОПВ.

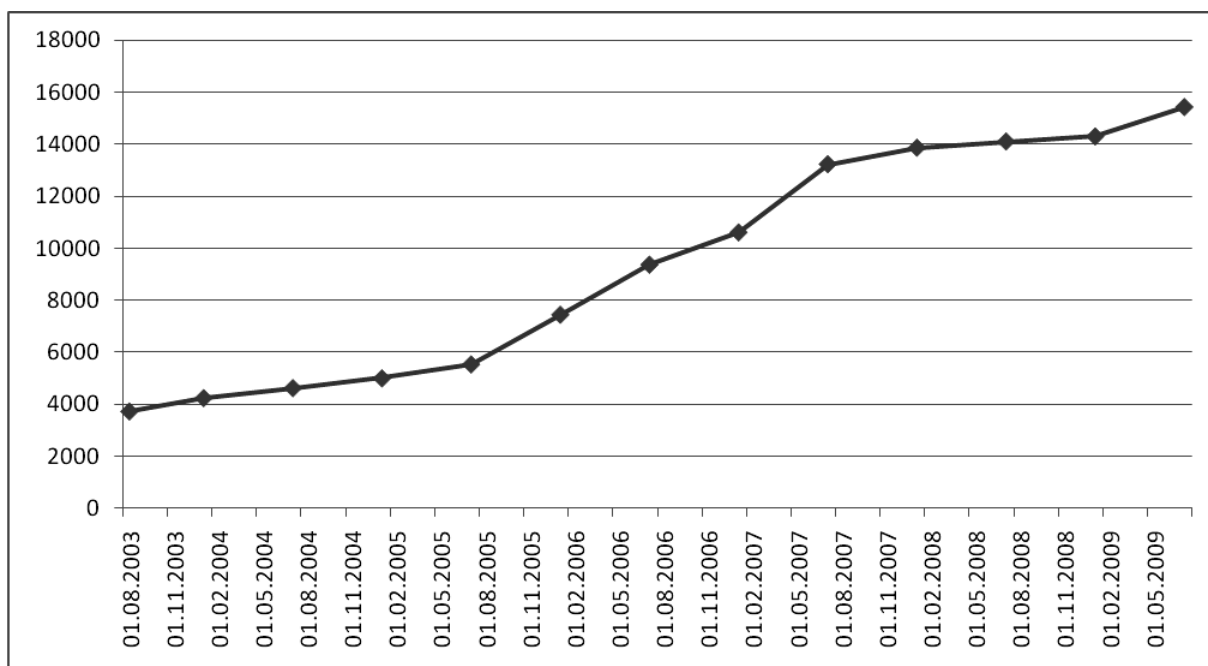


Рис. 19. Динамика количества прикрепленного населения к ОПВ Центра семейной медицины.

В таблице 18 отражены основные финансовые показатели деятельности ЗАО «Центр Семейной Медицины». Как видно из представленных данных, в период с 2003 по 2009 гг отмечен существенный прирост таких показателей, как валовый доход, валовая прибыль и стоимость основных средств. Структура выручки в указанный период

существенно не изменилась – соотношение выручки по ОМС и по платным медицинским услугам оставалось примерно на одном уровне, однако в структуре платных услуг отмечено перераспределение в пользу услуг, оказываемых физическим лицам .

Деятельность ЗАО «Центр Семейной Медицины» имела и выраженную социальную направленность – количество рабочих мест ежегодно увеличивалось, рост не замедлился даже в период кризиса (рис. 20).

Таблица 18

Финансовые показатели деятельности ЗАО «Центр Семейной Медицины»

Финансовые показатели (тыс. руб)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Выручка (валовый доход, нетто)	4 749	7 488	17 467	28 694	40 582	52 032	63 058
Себестоимость услуг	3 304	5 867	14 450	24 322	33 801	42 768	49 680
Валовая прибыль	1 445	1 621	3 017	4 372	6 781	9 264	13 378
Структура выручки							
ОМС	1 819	2 490	6 548	11 088	14 089	15 980	16 993
доля ОМС в общем доходе (%)	38,30	33,25	37,49	38,64	34,72	30,71	26,95
выручка по "платным услугам"	2 930	4 998	10 919	17 606	26 493	36 052	46 065
юридические лица	1 029	1 468	3 624	8 099	14 458	16 921	35 703
физические лица	1 901	3 530	7 295	9 507	12 035	19 131	10 362
доля платных услуг в общем доходе%	61,70	66,75	62,51	61,36	65,28	69,29	73,05
Основные средства	228	1 346	3 772	11 587	24 613	31 564	34 975

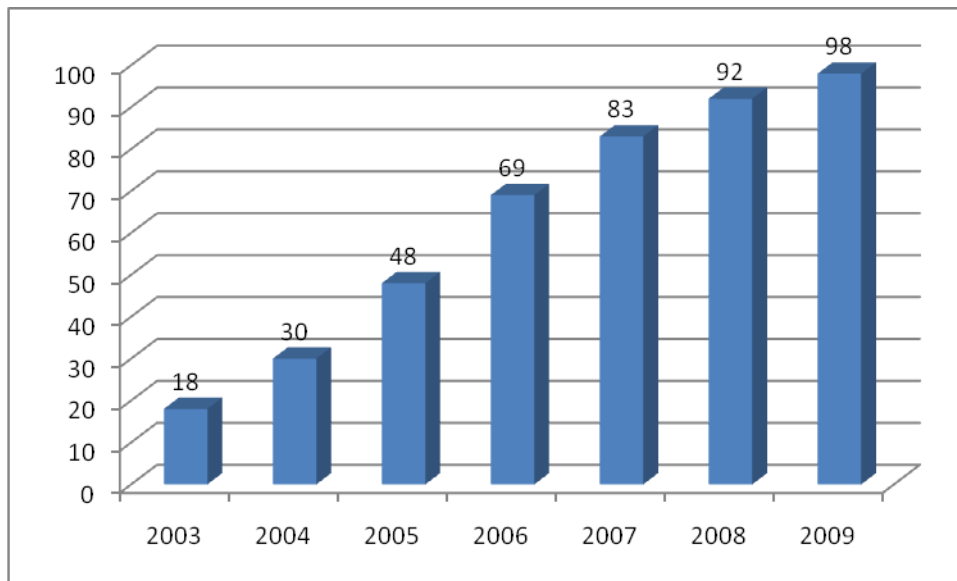


Рис. 20. Число рабочих мест в ЗАО «Центр семейной медицины»

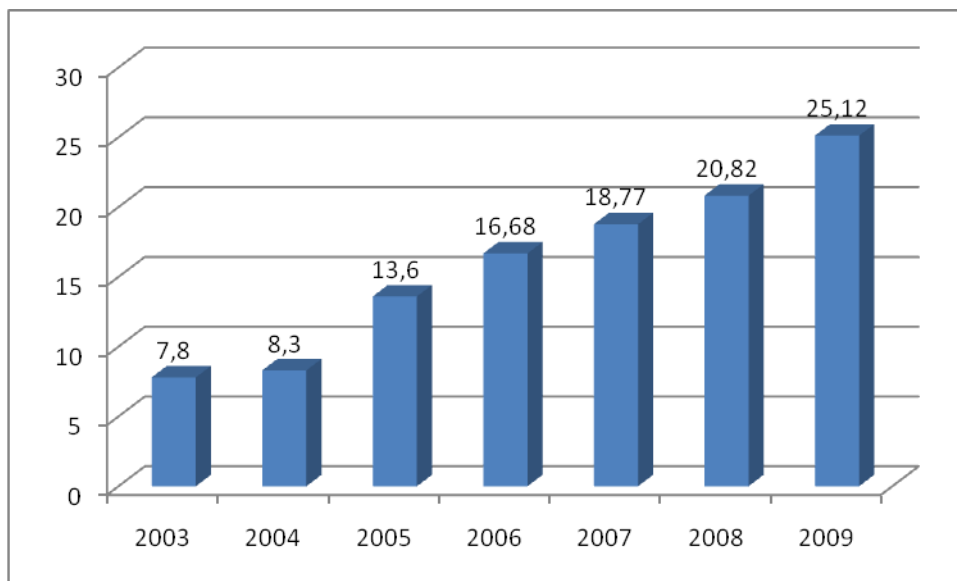


Рис. 21. Средняя заработная плата в мес. (тыс.руб.) в ЗАО «Центр семейной медицины»

Так же наблюдался постоянный рост заработной платы сотрудников центра (рис. 21). В 2009 года средняя заработная плата специалистов ЗАО

«Центр Семейной Медицины» вдвое превышала уровень средней заработной платы населения Томской области.

Таким образом, эффективность разработанной модели развития предпринимательства в системе здравоохранения в форме организации общих врачебных практик подтвердилась результатами деятельности ЗАО Центр семейной медицины. Конкурентоспособность предпринимательских ОВП по сравнению с существующими решениями выше, поскольку они соединяют в себе ценовую доступность государственных больниц и преимущества частных клиник (качество, территориальная и временная доступность, комфортность обслуживания). Созданные условия позволили семейным врачам реализовать предпринимательскую инициативу и обеспечить должный уровень дохода, который в 2-3 раза превышал заработную плату участковых врачей.