



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И  
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# Резервы ЛПУ в рамках введения «Бережливого производства»

Кадыров Ф.Н.

# **Источники финансового обеспечения мероприятий проекта «Бережлива поликлиника»**



# Законодательство

- не предусматривает специального источника или механизма финансового обеспечения реализации проекта «Бережливая поликлиника»



# Тем не менее,

- «Паспортом приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 26.07.2017 N 8) предусмотрено выделение из Федерального бюджета по 90 млн.руб. в год с 2018 по 2022 год.
- Региональные и муниципальные власти самостоятельно определяют объемы финансирования проектов «Бережливая поликлиника»



# На цели реализации проектов «Бережливая поликлиника» могут использоваться

- любые финансовые источники с учетом действующих ограничений:
  - нельзя использовать средства ОМС для мероприятий по видам помощи, финансируемым за счет бюджета или платных услуг;
  - средства ОМС нельзя использовать для кап.ремонтов помещений и т.д.



# Источником средств на повышение квалификации медицинских работников

- могут выступать средств нормированного страхового запаса ТФОМС на финансовое обеспечение мероприятий по организации ДПО медицинских работников, на приобретение и проведение ремонта медицинского оборудования в медицинских организациях - участниках проекта «Бережливая поликлиника»



# Выгоды и убытки «бережливого производства»

- Для пациентов – выгоды
- Для учреждений – доп.расходы.
- А есть ли выгоды?



# Резервы государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения





В сложных финансовых условиях вышестоящие органы все более настойчиво требуют от государственных (муниципальных) учреждений оптимизации: сокращения вакантных ставок, экономию и т.д., выявление других резервов.



В свою очередь, учреждения настаивают на том, что все резервы уже давно исчерпаны, что экономить больше не на чем. При этом, ссылаясь, как правило, на наличие кредиторской задолженности, недостаток кадров и т.д. Действительно, остались ли еще резервы, все ли возможности для оптимизации исчерпаны?



Итак, действительно ли каждое учреждение выявило все свои резервы, предприняло все меры для повышения эффективности своей деятельности?



Вопрос не праздный, ведь нередко учреждения ограничиваются наиболее очевидными вариантами: сокращение вакантных ставок, перевод санитарок и некоторых других категорий медицинских работников в немедицинский персонал и т.д.



Но необходимо отделять простое «урезание» от мер по повышению эффективности. Повышение эффективности предполагает и другую составляющую – увеличение объемов оказываемых услуг, привлечение дополнительных источников, стимулирование работников и т.д.



Экономика – это не деньги, это материальные интересы людей, организаций и т.д. В случае, если учреждения, если медицинские работники не заинтересованы в эффективной работе, то деньги проблему не решат.



Если структура оказания медицинской помощи нерациональна, то увеличение финансирования приводит к тому, что объем нерациональных расходов будет только увеличиваться.



Поэтому посмотрим на те резервы,  
которые реально имеются.





# Цели «майских» Указов Президента



Широко распространено заблуждение по поводу того, для чего принимались «майские» Указы Президента, для чего вводился эффективный контракт – считается, что все это делалось для повышения оплаты труда.



Однако это далеко не так. В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» четко определено: «***В целях дальнейшего совершенствования государственной социальной политики***».



- Подпункт е) пункта 1 Указа устанавливает: **«в целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики** принять до 1 декабря 2012 г. программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики».



- Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (далее – Указ № 598) принимался: **«В целях дальнейшего совершенствования государственной социальной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни».**



- Подпункт г) пункта 2 Указа № 598, поручает Правительству Российской Федерации «г) разработать до 1 мая 2013 г. [комплекс мер](#) по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации программ,



**направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей».**



***Итак, цель принятия «майских»  
Указов – сохранение и улучшение  
кадрового потенциала,  
призванного обеспечить  
укрепление здоровья населения и  
т.д.***





# Что же мы часто видим на практике?



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И  
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
[www.mednet.ru](http://www.mednet.ru)

Сокращение численности работников с целью повышения заработной платы оставшимся. Такие меры прямо противоречат целям, установленным Указами Президента.



Тем не менее, нужно быть реалистами. В условиях кризиса и недостатка финансовых средств зачастую не обойтись без определенных сокращений, проводимых в рамках «ОПТИМИЗАЦИИ» и т.д.



Однако при этом необходимо, чтобы оптимизация была без кавычек – реальной, обеспечивающей повышение эффективности использования ресурсов и т.д., а не простым урезанием ставок и т.д. Сокращение кадров не должно привести к уменьшению доступности и качества медицинской помощи.



# Нормирование как инструмент улучшения кадрового потенциала



Можно ли решить проблему  
сохранения кадрового потенциала  
при сокращении численности  
работников?



Как это ни парадоксально, во многих случаях можно!



И способствовать этому во многом могут как раз меры, предусмотренные Указами президента и нормативными актами, принятыми во исполнение Указов.





Это нормирование труда, введение профессиональных стандартов, грамотная реализация эффективного контракта и т.д.



Кадровый потенциал можно оценивать по «головам» - по численности работников тех или должностей или специальностей (в том числе, в расчете на определенную численность населения, на пример, на 10 тыс. жителей).



Но это будет лишь номинальный кадровый потенциал, не характеризующий реальную эффективность труда работников.



Но кадровый потенциал можно и нужно оценивать еще и по объему деятельности, который могут обеспечить сотрудники: количество посещений, исследований, УЕТ и т.д. в расчете на врача и/или средний медицинский персонал. Это будет реальный кадровый потенциал.



Если 9 оставшихся работников смогут выполнять тот же или даже больший объем работы, что и 10 имевшихся ранее, реальный кадровый потенциал не сократится.



Нормирование как раз и позволяет в ряде случаев повысить нагрузку на законных основаниях за счет повышения интенсивности или производительности труда.



Например, в случае пересмотра норм труда в связи с изменившейся технологией оказания медицинской помощи (компьютеризация, внедрение более совершенного оборудования, технологий и т.д.).



Еще один крайне важный момент – в соответствии с трудовым законодательством (ст. 21 Трудового кодекса) выполнение норм труда относится к трудовым обязанностям работника – он обязан выполнять нормы труда.





За невыполнение норм труда могут быть наложены дисциплинарные взыскания, вплоть до увольнения (ст. 192 Трудового кодекса). По сути – это «не затратный» стимул для работников – положительного результата можно часто добиться без дополнительных затрат на оплату туда.



Но, к сожалению, многие учреждения еще реально не начали работу по нормированию и поэтому не используют эти резервы.



# Другие кадровые резервы

- Загрузка многих работников не велика: водители (особенно, руководителя) и т.д.
- В отношении ряда должностей требования к тому, когда должна выполняться работа, не очень жесткие – например, дворники.
- Можно совместить особенности трудовой деятельности этих работников, например, поручив водителям дворницкую работу на условиях дополнительной оплаты.



# Еще пример кадровых резервов

- Заболела процедурная медсестра.
- Кто ее заменит?
- Медсестра палатная (постовая).
- Как оформить ее дополнительную работу и как заплатить?
- А можно ли за эту работу вообще не платить?
- Можно!



# Возможно ли поручение дополнительной работы без оплаты?

Нередко возникают ситуации, когда одни сотрудники периодически берут на себя функции других: например, медсестра палатная (постовая) берет на себя функцию отлучившейся медсестры процедурной и наоборот.

Если это происходит в рамках взаимозаменяемости, то требования частичного выполнения трудовых функций других медсестер в подобных ситуациях может найти отражение в трудовых договорах этих сотрудников. При этом дополнительная оплата никому не производится, поскольку суммарный объем работы по этим должностям не увеличивается.



Допустимость подобной ситуации отражена в Письме Минздрасоцразвития от 12 марта 2012 г. № 22-2-897 «О порядке выполнения работы по совмещению».

В нем говорится: «В должностных инструкциях отдельных категорий работников могут предусматриваться случаи, когда в период отсутствия на рабочем месте другого работника со схожей трудовой функцией они исполняют обязанности отсутствующего работника. Указанные положения должностных инструкций, являющихся неотъемлемой частью трудовых договоров, не предполагают осуществление доплат, поскольку в таком случае данная работа (исполнение обязанностей временно отсутствующего работника) выполняется в рамках заключенного трудового договора».

Может быть и другая ситуация, когда за выполнение дополнительной работы, не предусмотренной профессиональным стандартом для данной должности, дополнительная оплата не производится.

Это случаи, когда в силу ограниченности объема выполняемой работы (например, в удаленной участковой больнице пост сформирован на меньшее число коек, чем предусмотрено штатными нормативами), вводятся не все полагающиеся должности санитарок.



При этом в должностные обязанности (в должностные инструкции) медсестер палатных (постовых) может быть внесено требование выполнять ряд функций, предусмотренных профессиональным стандартом «Младший медицинский персонал» без дополнительной оплаты.

Как видим, оформление и оплата дополнительной работы может осуществляться по-разному – с учетом особенностей конкретных ситуаций.





# Должна ли медсестра

- обслуживать дополнительную палату (койку) введенную на отделении для оказания платных медицинских услуг?



# Резервы эффективного контракта



Уже отмечалось, что Указы направлены на решение проблем в социальной сфере, а не на повышение заработной платы – повышение зарплаты побочный, хотя и крайне важный аспект Указов.



В Указе № 597 говорится, что необходимо **обусловить «повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг».**



Не простое повышение всем и вся, а именно при условии достижения конкретных показателей.



Каждый руководитель учреждения  
должен задаться вопросами:

реализуется ли в возглавляемом им  
учреждении это требование?

Зарплата повышается потому, что  
результаты становятся лучше, или  
потому, что нужно повышать  
зарплату? Зарплата работников  
связана с результатами труда или с  
количеством занимаемых

работником ставок?



Самый элементарный пример: как получает оплату врач-терапевт участковый, взявшийся обслуживать соседний участок временно отсутствующего коллеги:



- в виде совместительства за отработанное время?
- за расширение зоны обслуживания независимо от объема работ?
- пропорционально количеству посещений пациентов с этого участка?





**Оплата труда врача-терапевта участкового за обслуживание жителей соседнего участка может осуществляться:**

1. В виде совместительства (ст.60.1 ТК РФ) – основная оплата
2. В виде расширения зоны обслуживания (ст.60.2 ТК РФ) – компенсационная выплата
3. В виде увеличения объема работ за каждое дополнительное посещение (ст.60.2 ТК РФ) – компенсационная выплата
4. В виде выплаты стимулирующего характера за объем работ (за дополнительную численность обслуживаемого населения, за дополнительные посещения и т.д.)



Главное в эффективном контракте – это не повышение заработной платы, а привязка зарплаты к результатам труда с целью стимулирования лучших результатов.



Благодаря этому зачастую можно добиться лучшего результата меньшей численностью, но с фактическим сохранением кадрового потенциала (оцениваемого через реальные, а не потенциальные показатели).



Но это требует дифференциации оплаты труда: большей оплаты труда тех, кто добивается лучших результатов, и снижения оплаты труда (по крайней мере, относительной) тех, чьи результаты хуже.



Системы оплаты труда работников учреждений должны обеспечивать дифференциацию оплаты труда – это неотъемлемое требование эффективного контракта.



Анализ систем оплаты труда (как региональных, так и принятых в самих учреждениях) показывает, что зачастую они далеки от стимулирующих.



Особенно наглядно это видно при рассмотрении установленных показателей и критериев оценки эффективности деятельности работников.



Сплошь и рядом в них включают такие как «отсутствие нарушений», «отсутствие жалоб», «своевременное выполнение обязанностей» и т.д.





Но ведь за это работник получает свой оклад. Нельзя давать дополнительные выплаты за отсутствие нарушений, за выполнение своих прямых обязанностей.



Эффективный контракт предполагает улучшение результатов труда по сравнению с плановыми, по сравнению с достигнутыми.

Недопустимы и выплаты, предусматривающие субъективную оценку типа «за добросовестное выполнение своих обязанностей».



Далее. Что стимулируют такие выплаты как «персональная надбавка»? Что стимулирует распространённая выплата «за интенсивность труда»? Что такое вообще, интенсивность труда?



Это, условно говоря, степень потоотделения в единицу времени! Это затраты труда. Мы должны платить не за пот, не за затраты, а за результаты. Только тогда что-то может сдвинуться с места, только тогда работники начнут немного шевелиться.



У нас масса прямо  
противоположных примеров.



В одном из регионов от учреждений потребовали, чтобы они уже в январе рассчитали стоимость баллов по каждому сотруднику на весь предстоящий год – по декабрь включительно, и включили это в трудовой договор.



Если работник знает свои баллы,  
будет ли он что-то стараться делать?

Конечно, нет!



Безусловно, в условиях дефицита кадров сложно предъявлять к работникам жесткие требования.

Но сейчас имеется уникальная возможность ужесточить требования к работникам, поскольку все это происходит на фоне повышения заработной платы. И этот шанс нельзя упускать.





# Экономия материальных ресурсов



Когда речь заходит о необходимости рационализации расходов, об экономном их использовании и т.д., часто приходится слышать о том, что экономить не на чем, все давно «оптимизировали» и т.д. Так ли это?



Давайте зададимся простым вопросом: у нас что, из-за истечения срока годности не списываются лекарства и химреагенты?

У нас что, персонал заботится об экономии воды, электроэнергии, тепла?



У нас что, персонал не тащит домой из больницы лекарства, вату и марлю? У работников есть заинтересованность экономить? Зависит ли их зарплата от экономии ресурсов? Не ошибемся, если скажем, что чаще всего нет. А ведь эффективный контракт направлен и на это тоже.



Мы забыли то хорошее, что было в хозрасчете. А зря! Пример целого ряда учреждений (Клиническая больница № 122 в Санкт-Петербурге, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России» (бывшая больница № 83) и других) показывает, что можно создать мотивацию не только в увеличении объемов работы, повышении качества, но и в экономии ресурсов.



# Нахождение норматива на оплату труда с учетом израсходованных медикаментов:

$$N = \frac{\text{ФЗП}}{\text{ФП} - \text{М}} \times 100$$

- ФЗП – фонд заработной платы, рассчитанный по тарификации;
- ФП – величина финансового плана;
- М – расход медикаментов.



$$\text{ФОТ} = N \times (\text{Д} - \text{М})$$



# Добровольное медицинское страхование





Мы не должны понимать платные услуги узко - к ним относятся и средства предприятий, и добровольное медицинское страхование.

Социальная роль бизнеса должна возрасть.



Добровольное медицинское  
страхование должно  
поддерживаться и стимулироваться  
не только государством, но и  
самими учреждениями.



Действительно, ДМС - это и экономия бюджета, средств ОМС, это и дополнительные доходы учреждений, и средство предотвращения теневой оплаты (с застрахованными по ДМС пациентами врач не может договориться об оплате в карман за счет снижения цены в отличие от ситуации, когда пациент платит из своих средств).



В связи с этим возникает еще один вопрос: заинтересованы ли в привлечении пациентов, застрахованных по ДМС, сотрудники, от которых во многом зависит поток этих пациентов.



Речь идет не о тех работниках, которые получают оплату за оказание им медицинской помощи по ДМС, а о сотрудниках регистратуры, приемного отделения, справочных служб и т.д.



Ведь нередко из-за их нежелания иметь дело со «сложными» (для них) пациентами, застрахованными по ДМС, эти пациенты просто не попадают в учреждение («нет мест», «нет врача», «перезвоните позже» с интонацией, означающей «не звоните вообще» и т.д.).



# Варианты решения проблемы:

- запись телефонных разговоров;
- тренинг персонала (уточнение обстоятельств);
- материальные стимулы.



# Соплатежи





Еще один важный момент. Конечно, платить полностью за свое лечение может не каждый. Но есть такая форма как соплатежи. Мы не будем касаться тех многочисленных предложений, которые озвучивает Минфин, Высшая школа экономики и т.д. Коснемся законодательно предусмотренных соплатежей.



- В рамках программы госгарантий бесплатно предоставляется только то, что вошло в перечни, утверждаемые Правительством России: в перечень ЖНВЛП, в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека.



Все, что не вошло – должно приобретаться за плату. Все логично, все по закону. Но стоит пациенту самому купить лекарство или имплантат, как страховая организация предъявляет претензии учреждению: вы получили оплату по полному тарифу, включая имплантат, а реально на него денег не потратили – его купил сам пациент. Нарушение, санкции!



Но учреждение-то ничего не нарушало – оно поступает в полном соответствии с законом. Проблема в другом – в том, что система ОМС не учитывает эти нюансы законодательства, и в том, что у страховых организаций свои интересы.



Их не интересует то, что за относительно небольшие деньги пациент может получить более качественную помощь, то, что это объективно выгодно и государству.



Было бы хорошо, если бы Минздрав России совместно с Федеральным фондом урегулировали эту проблему. Но ведь и субъекты Российской Федерации могут это сделать в рамках своих тарифных соглашений.



# Санкции в системе ОМС



Медицинские организации далеко не всегда отстаивают свои права, не добиваются отмены санкций и т.д.





Во многих ли случаях при наличии санкций к учреждению, применяются санкции к виновным в этом медицинским работникам: в виде уменьшения или лишения выплат стимулирующего характера и т.д.? Записано ли это в положении об оплате, в коллективном договоре, в трудовом договоре (эффективном контракте) с работниками?



С актами СМО нужно скрупулезно работать: вовремя рассматривать акты, отказы, готовить протоколы разногласий, обращаться в Территориальные фонды ОМС, судиться.

А ведь порой нужно-то всего-то уточнить адрес регистрации пациента или номер страхового полиса.



В ответ на вопрос о том, как налажена работа с актами и возвратами, главные врачи часто расписывают красивую картину. Но когда предлагаешь пройти по этой цепочке, она нередко заканчивается в бухгалтерии, когда на вопрос о работе с возвратами счетов бухгалтер говорит: «Складываю в ящик в углу – кому нужно – пусть забирают».



На этом вся работа с отказами порой и заканчивается.



# Совет:

поручите бухгалтерии ежеквартально предоставлять отчет о том, какая сумма счетов выставлена, какая не оплачена и какая сумма из неоплаченных первоначально счетов - перевыставлена. Картина сразу становится наглядной.



Да, средств не хватает, да, с ними сложно. Но к сожалению, многие учреждения лишь жалуются на недостаток средств, не используя те реальные возможности улучшения ситуации, которые предусмотрены Указами Президента, логикой эффективного управления:



- нормирование;
- стимулирование работников, а не простое повышение заработной платы;
- ужесточение требований к работникам (на фоне повышающейся зарплаты) через введение профессиональных стандартов, аттестацию, пересмотр должностных инструкций и т.д.



Мы коснулись только небольшой части реально существующих резервов.

Конечно, такие меры могут вызвать недовольство работников – с ними нужно работать, им нужно объяснять, убеждать их и т.д. Многие руководители не хотят этим заниматься, боятся конфликтов.





Но тогда закономерен вопрос: нет резервов или администрация учреждения не реализует имеющиеся резервы, желая избежать конфликтов?



Резервы есть и каждый может  
оценить, все ли они использованы.



# Спасибо за внимание!



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И  
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
[www.mednet.ru](http://www.mednet.ru)