

Завтра – это сегодня, о котором вы позаботились вчера

25 января 2013



О том, возможна ли экономически эффективная медицина в Иркутске, чем опасно классическое управление в здравоохранении и как «система Тойота» может изменить деятельность медицинской организации, рассказывает главный врач Иркутского диагностического центра, кандидат медицинских наук Игорь Ушаков.

– Почему поступили в мединститут? Вы ведь серьезно музыкой занимались?

– Случайно. А может и нет – ведь ничего случайного, как говорится, не бывает. Мой старший брат поступил в медицинский институт, и я – за ним. Хотя до него у нас в семье врачей не было.

Пока учился в институте, музыку не бросал, параллельно учебе репетировали, готовились к различным конкурсам. Очень напряженное время было – всего 3-4 часа на сон. Ведь после того, как отзанимался, надо было еще подготовиться к следующим занятиям, а потом еще всю ночь репетировать. Профессионально заниматься музыкой, конечно, уже не рассчитывал, но бросать группу – я был клавишником – тоже не собирался. Было интересно – мы ведь собственную музыку играли: сочиняли симфо-рок, в стиле Pink Floyd, Led Zeppelin. Я до сих пор иногда дома, в компаниях играю. Но уже другую музыку, ближе к джазу.

– Когда стало ясно, что медицина – это серьезно?

– Хотя поступление мое в мединститут было не вполне осознанным, плохо учиться было нельзя, да я и не привык. Тогда подход к образованию был другой, требования – высокими, у нас преподавали профессора с мировым именем, сам Ходос (Хаим-Бер Гершенович Ходос – врач-невропатолог, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор – прим. ред.) читал лекции – и «на тройках тащиться» мне не хотелось.

Но, несмотря на хорошую теоретическую подготовку, оказалось, что учеба и работа в больнице – вещи довольно разные. Даже когда проходил интернатуру в городской больнице, не до конца все понимал. Когда вышел на работу участковым врачом, опять приходилось по 3-4 часа спать: помимо работы необходимо было постоянно читать

медицинскую литературу, чтобы узнать, что нового появилось с момента окончания учебы. А еще когда ты один на один сталкиваешься с проблемой пациента, это уже другая мера ответственности.

Шел 1991 год, и в нашей поликлинике №9 (в предместье Марата) из участковых врачей на тот момент был всего один мужчина – я. Только через год удалось стать полностью самостоятельным специалистом. А поскольку врачей тогда (как и сейчас) не хватало, иногда работал и за невролога, и за хирурга, и за окулиста. Приходилось ориентироваться «на ходу» – а что делать, если профильного специалиста нет, а к пациенту ехать надо.

Вот и получается, что де-юре мы участковыми терапевтами были, а де-факто – врачами общей практики. И к послеоперационным пациентам приходилось ездить – смотреть. «Писанины» было очень много, хотя сейчас ее стало еще больше. Да и отношения между врачом и пациентом были иные: конфронтации не было (как сейчас зачастую происходит), врачи и пациенты доверяли друг другу. Это то, что хорошо бы вернуть – доверительные отношения между больным и врачом.

– Что еще хотелось бы «вернуть»?

– Мы потеряли целое поколение специалистов – идет колоссальный интеллектуальный разрыв. Есть костяк специалистов в возрасте «за сорок», и есть совсем молодые. А середины – тех, кто в 90-е должны были учиться – нет, за редким исключением. Попытки этот вакуум заполнить пока ни к чему не привели: найти хорошего специалиста сейчас очень трудно, мы это отчетливо видим.

И быстро решить кадровые проблемы не получится. Брать молодых – «с чистого листа» – это значит готовить их специально. Впрочем, мы это и собираемся сейчас делать. Хотим сами учить специалистов для центра: чтобы развиваться, нужна смена. Будем, скорее всего, с 5-6-курсниками медуниверситета работать: заключать с ними долгосрочные контракты и оплачивать обучение, зарубежные стажировки. Года 3-4 на подготовку специалиста понадобится. И 1,5-2 млн руб в год. Это если обучать их в ведущих клиниках России, плюс 2-3 месяца – в западных. Уже с 2013 года начнем этим вопросом заниматься. По сути, речь идет о создании так называемого «корпоративного университета» диагностического центра.

А пока от 40% до 60% выпускников российских медицинских вузов не идут в здравоохранение – уходят в бизнес. И уходят-то хорошие, «с мозгами». Чтобы как-то решить проблему отсутствия профориентации, мы с МНТК «Микрохирургия глаза» третий год подряд проводим дни открытых дверей для школьников. Набираем человек 50-60 и проводим для них экскурсию по центру.

– Чем привлекаете школьников? Похоже, уже сложился стереотип, что врачи сейчас очень мало зарабатывают.

– Средняя зарплата у врачей в нашем центре 60 тысяч рублей. И не сказать, что у нас их мало – 125 человек. Новых сотрудников приглашаем постоянно, и сейчас, как никогда, высока востребованность профессии.

А еще в сентябре следующего года планируем открыть новый корпус центра. По завершении проекта нам понадобится сразу 50 человек. Новый корпус возле телецентра уже готов. Месяцев девять у нас есть, чтобы найти и подготовить специалистов.

Это часть нашей стратегии, которая рассчитана на 4 года. Так сказать, наша задача «на послезавтра». Принципиально изменится сам центр, его работа.

– Какова площадь нового здания? Что планируется там разместить?

– Площадь – 5,5 тысяч «квадратов». Туда мы планируем перевезти из нынешнего здания лабораторию и создать суперсовременный лабораторный центр, аналогов которому в России, а тем более в регионе, нет. Это будет максимально автоматизированный, высокотехнологичный, полностью компьютеризированный комплекс лабораторий (клинико-диагностическая, гистологическая, бактериологическая и пр.). В отдельном виде такие современные лаборатории есть, но так, чтобы в одном месте – такого в стране пока нет. В новом здании также будет открыт дневной стационар, отделение реабилитации и восстановительного лечения, центр дистанционной диагностики и амбулаторного мониторинга за состоянием здоровья – в Европе это направление называется e-Health.

А в старом здании, из которого лаборатория «уезжает», мы начнем реконструкцию: на втором этаже будут работать 4 суперсовременные операционные, центр амбулаторной хирургии, центр эндоскопии, стационар краткосрочного пребывания на 20 коек, реанимация.

– Каких вложений это потребует?

– Новый корпус центра обойдется примерно в 360 млн. рублей. «Под ключ», с учетом покупки оборудования. Все это за счет собственных доходов и за счет кредитных средств. Сейчас как раз разрабатываем кредитную схему на 5 лет с банком ВТБ24. Кроме кредита обязательно воспользуемся лизинговыми схемами для покупки оборудования. Партнера еще не выбрали – скорее всего, это будет компания, специализирующаяся на лизинге именно медицинского оборудования. А значит, не иркутская компания. И товарные кредиты будем использовать – в общем, все механизмы, которые могут помочь нам развиваться.

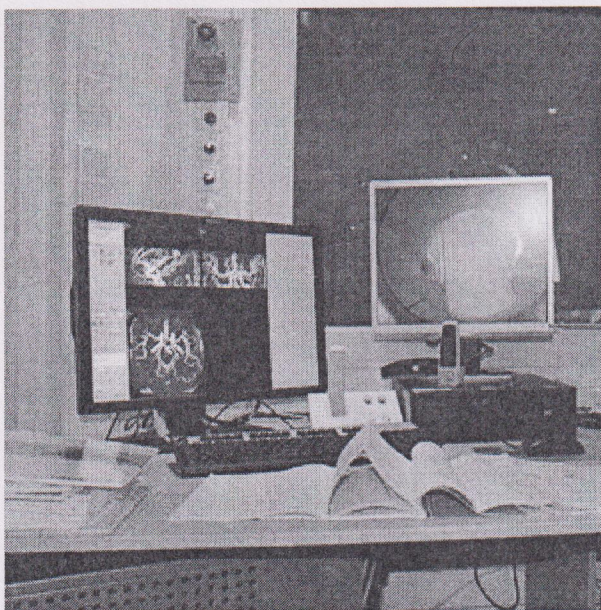
Планируем, что вложения окупятся через 2-3 года. Это очень короткий срок. «С нуля» такой проект «отбился» бы лет через пять. Но у нас уже есть имя, опыт – нам доверяют.

– И ни рубля дотаций из бюджета?

– Ни рубля. С 2006 года мы стали принципиально отходить от областного бюджета, раз можем сами зарабатывать. Так мы потихонечку «ушли» от бюджетных вливаний. Сейчас эта статья доходов составляет менее 1% от общего дохода центра. Да и этот процент – государственное задание на некоторые исследования. То есть, по сути, бюджет нам оплачивает наши медицинские услуги.

Есть еще, конечно, ОМС – обязательное медицинское страхование. Здесь возникает парадокс: работать по тарифам ОМС частные клиники считают нерентабельным – плата, мол, занижена и не включает все расходы. Мы на своем примере попытались доказать, что они, мягко говоря, лукавят и просто хотят сверхприбылей. Если мы, полностью отойдя от бюджетных дотаций, «довели» долю медицинских услуг по ОМС (когда медицинское обслуживание для пациента бесплатно) до 50% в объеме всех работ и при этом мы остаемся «в плюсе», то почему остальные не могут?

– И в среднем насколько «в плюс» выходит деятельность центра?



— Приведу опосредованные цифры. Недавно мы приобрели уникальный магнитно-резонансный томограф «Philips Ingenia 3,0 Тесла» — это новая модель самого последнего поколения. Кстати, первый прибор в России. И я думаю, аналогичный аппарат в Иркутской области вряд ли появится в ближайшие годы. Планируем его запустить в ближайшее время. Так вот покупаем мы его за счет нашей прибыли. Стоит он 94 млн. рублей. Можно уже прикинуть, что, как минимум, 100 млн. рублей чистой прибыли у нас есть.

Еще нужно учесть, что медицинские организации с 2011 года имеют возможность использовать налоговую льготу — обнуление налога на прибыль. То есть прибыль-то есть, а налог на нее не выплачивается. Раньше всем было интересно прибыль эту не показывать, теперь смысла скрывать ее нет.

Кроме того, у нас компьютеризированы практически на 100% все бизнес-процессы — и проанализировать деятельность центра не составляет труда. Любая информация, генерируемая в центре (медицинская, финансово-экономическая и пр.), поступает в OLAP-сервер. Это позволяет выстроить тренды, как по объемам медицинской помощи, так и по доходам. Эти тренды берутся за основу прогнозирования прибыли и разработки стратегии развития центра, которую, как я уже сказал выше, мы делаем «на послезавтра».

— Были ли в работе центра кризисные периоды?

— Да, конечно, как и у любой медицинской организации. Например, 2009 год, когда наступил экономический кризис. Я как раз в то время вернулся в центр с должности директора департамента здравоохранения Иркутской области.

Мы попали в кризис вообще как в мясорубку — с нас одномоментно «сняли» 40% финансирования (по ОМС). Это была вынужденная мера для решения проблем областного бюджета, но нас, по сути, поставили перед выбором — либо сокращать 30-35% штата, либо что-то предпринять, чтобы резко увеличить объемы приносящей доход деятельности.

Был составлен план антикризисных мероприятий — очень интересный документ. Рубль, если помните, буквально рухнул, и цены на товары, услуги «взлетели» аналогично. Так вот один из основных пунктов нашей программы был такой: цены на платные услуги не увеличивать. Пришлось договариваться с производителями, нашими поставщиками расходных материалов, чтобы они цены в 2009 году не повышали. Удалось почти со всеми договориться, и цены мы оставили прежними. А на фоне того, что у конкурентов

цены, напротив, «взлетели», пациенты пошли к нам. В итоге общий доход центра, несмотря на «уход» ОМС, остался на уровне предыдущего 2008 года. А чистая прибыль даже выросла, поскольку «ОМСников» сменили платные пациенты.

Правда, «на деле» мы эту прибыль не получили. 2009 год оказался трудным еще и потому, что финансовая «яма» центра на начало года достигала 100-110 млн. руб. К этому нужно добавить и вышеуказанное снижение финансирования по ОМС, и кредиторскую задолженность, и заключенные в 2008 году договоры, не подкрепленные финансированием... Многими вещами пришлось заниматься помимо антикризисной программы, в которую, кстати, кроме озвученного, входили следующие важные пункты: сохранение уровня заработной платы сотрудников, соцпакета, сохранение штата на 100% (ни одного человека мы не уволили). И под новый 2010 год мы закрыли всю «кредиторку» – рассчитались по всем контрактам и «ушли под ноль». «Вышли» может и без прибыли, но зато и без долгов. И без социальной напряженности, которая могла бы случиться, если бы мы стали увольнять сотрудников или снижать зарплаты.

Параллельно я стал более детально и глубоко изучать и анализировать, что же с центром происходит: склады, запасы, цены, договоры с поставщиками – в общем все. Для решения назревших проблем (а их было действительно много) мною было принято решение применить технологию бережливого производства. Она сейчас активно используется в бизнесе, в промышленности. В ПО «Иркут», к примеру, есть целый отдел, который занимается бережливым производством, и они добились больших успехов. На Западе система называется Lean production или просто Lean (система, обобщающая опыт компании Тойота и множества других, вставших на путь построения эффективных производственных систем; направлена на развитие способности компании систематически повышать производительность труда, снижать себестоимость продукции, уменьшать сроки поставок, снижать прочие издержки и потери производства, – *прим. ред.*).

Вроде, какое отношение бережливое производство имеет к медицине? Однако существует целое направление – «ЛИН-медицина», внедрение которого в Европе и Америке показало колоссальную эффективность для здравоохранения. В России только единицы медицинских организаций используют у себя технологию ЛИН. Самое главное, для внедрения ЛИН не требуется никаких финансовых затрат. Важно понимание, что в любом производстве (или как у нас – в процессе предоставления медицинских услуг) существуют потери, и эти потери необходимо идентифицировать. Не вдаваясь в тонкости и детали этой технологии (тема для отдельного большого разговора) скажу лишь, что снижение потерь повышает ценность услуги для пациента и снижает затраты самой медицинской организации. Это и есть квинтэссенция ЛИН-медицины.

От внедрения ЛИН-технологии мы получили эффективность порядка 100 млн. руб. за 3 года ее применения. Из новых проектов, реализованных с помощью ЛИН-технологии в 2012 году, отмечу создание и внедрение электронного кабинета для всех лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Иркутской области и личного кабинета пациента. Реализация проектов сократила потери времени пациентов при посещении центра в десятки раз!

– Это самые существенные изменения, которые были проведены в центре?

– Если бы мы на протяжении всего времени существования центра шли традиционными управленческими путями, у нас бы не получилось сделать его финансово и экономически успешным.

Когда в 2001 году мы уже стали набирать обороты, появились платные услуги, темпы их роста оказались значительно выше, чем мы ожидали. Тогда мы работали по классической схеме – регистратура, в которой работают медицинские регистраторы, и в ней два отдельных окошка – для ОМС и платных пациентов, плюс касса.

Первая проблема: так как в регистратуре работали в основном медсестры, они как медработники часто пытались вникнуть в проблему пациента, что-то посоветовать – из-за этих стихийных консультаций времени на обслуживание каждого пациента уходило очень много. Вторая проблема: касса очень медленно работала – пока кассир номер карты наберет, пока чек пробьет. В-третьих, на тот момент у нас уже набралось довольно много карт пациентов, и поиск бумажных карточек стал затруднителен (особенно, если пациент унесет карту домой, или врач не принесет ее в регистратуру). Это увеличивало время работы регистратора с одним пациентом уже до 15-20 минут, а иногда и больше.

И тогда мы применили технологию реинжиниринга бизнес-процессов – максимальное сжатие процесса по вертикали и горизонтали. Принципиально и радикально поменяли ключевые подпроцессы и действия в регистратуре. Из регистратуры убрали всех медработников, на их место взяли девушек с высшим немедицинским образованием, умеющих быстро работать на компьютере, хорошо говорить. Также мы объединили регистратуру с кассой и установили единую компьютерную программу для ее работников, создали шаблоны действий в той или иной ситуации. Все это свело время взаимодействия пациента с регистратурой до 3-5 минут, а с кассой – до 20 секунд.

Второе ключевое решение – мы «выровняли» заработную плату врачей и медсестер и сделали ее независимой от того, кто платит за исследования – сам пациент или страховая компания. До этого врачи по-разному получали за «ОМСовских» пациентов и за платных, старались принять побольше последних. Мы все отличия в зарплате убрали, заодно ликвидировали и отдельные окошки в регистратуре по платным и «бесплатным» пациентам.

Реинжиниринг считается успешным, когда эффект достигает 100%. У нас он составил 350%! Конечно, и доходы тогда сильно пошли вверх. Если обычно они у нас год от года увеличиваются на 20%, то тогда скачок был на все 100%.

– Что дает толчок для подобных изменений? Разговоры с коллегами, учеба, стажировки?

– Да, я учился на САФе (Сибирско-американский факультет менеджмента ИГУ – *прим. ред.*) – в 2002 году закончил. Учеба там здорово помогла. Я получил две специальности «Менеджмент организации» и «Электронный бизнес». Заразили этим меня, кстати, дочери (они тогда были студентками САФа): как-то просматривал учебники, по которым они учились – и заинтересовался.

Но вообще первый толчок к желанию сделать центр эффективной организацией дала моя первая стажировка в Японию в 1997 году, по менеджменту в здравоохранении. Там я изнутри увидел, как эффективно управляются современные медицинские учреждения, как они уже в то время были компьютеризированы. Потом я объездил многие города, посмотрел, как работают другие диагностические центры – и у нас в стране, и на западе. Самое главное (кроме, конечно, современных подходов к управлению) – я пытался там выявить неэффективные бизнес-процессы. Мне важно было не совершить те ошибки, которые другие уже сделали.

У нас много медицинских организаций, в том числе вновь создаваемых, и вроде бы государство выделяет довольно много средств на их развитие – а удовлетворенность населения качеством медицинской помощи остается очень низкой. Почему? Одна из причин – управленческие штампы, оставшиеся с советских времен. Что неудивительно. У нас в России ведь до сих пор нет нормальной современной школы подготовки управленцев (или менеджеров) в здравоохранении. Большинство главных врачей не готовы к эффективной управленческой деятельности, не знают современных технологий менеджмента и даже не пытаются их узнать, хотя являются прекрасными медицинскими специалистами. Но главврач должен обе эти сферы – и медицинскую, и управленческую – отлично знать. С другой стороны, если главврач становится только лишь администратором – ничего хорошего из этого не выйдет.

– Что побудило вас добиваться финансовой эффективности центра?

– Сложился такой образ, или даже стереотип нашей медицины – вечно голодное животное, которому сколько денег не давай, насытить его не удастся. Одна из причин этого, как я уже говорил – неэффективное управление ресурсами (финансовыми, человеческими, инфраструктурными и т.д.). Но ведь мы можем и должны работать по-другому. Кроме нас в стране есть еще много ЛПУ, которые идут таким же, как мы, путем.

Кстати, об этом говорит и министерство здравоохранения России. К нам постоянно приезжают сотрудники ЛПУ со всей страны, чтобы изучить и внедрить у себя наш опыт. И делают это весьма успешно. К сожалению, (и мне не понятно, почему) ни одно учреждение Иркутской области системно не использует наши наработки.

Если медицинская организация (а точнее, ее главный врач) постоянно говорит о «выживании» и регулярно просит увеличить финансирование – успеха она никогда не добьется и качество работы не улучшит.

– Отдыхаете как? Активно, или лучше полежать на пляже?

– Стараюсь совместить (смеется). На пляже в волейбол поиграть, к примеру. Нынче ездили на Кипр отдыхать. И туда после Афганистана на реабилитацию приехали солдаты из французского легиона. Все ребята здоровые, накачанные, ну и суперпрофессионалы, конечно – у наемников, как известно, потерь почти не бывает. Ну, мы с ними в волейбол и поиграли. Получилось почти один в один, как в финале Олимпиады, когда наши с бразильцами играли: проигрывали «два-ноль», потом вывели на «два-два», и в третьей партии с подачи забили. И в этой игре последний мяч при счете 2:2 я с подачи французским легионерам и забил.

Иван Усольцев, Газета Дело

/ Газета Дело /