

Отдел II. Социалистическое здравоохранение и диалектика в медицине.

Хозяйственный расчет в лечсанучреждениях.

(В порядке обсуждения).

В. Тверитин

(Москва)

„1. Правильная организация снабжения, наиболее совершенная организация труда внутри предприятия, полное проведение единоначалия на производстве, создание наиболее благоприятных условий для максимальной активности рабочего коллектива и технического персонала предприятия, подбор квалифицированной администрации, необходимая степень самостоятельности предприятия являются основой дальнейшего улучшения системы управления социалистической промышленностью.

2. Перевод предприятий на хозяйственный расчет вполне себя оправдал. Хозрасчет выявляет лицо предприятия, способствует рационализации производства, правильной организации сбыта и снабжения, и вызывает вместе с тем противодействие элементам бюрократизма и волокиты.

Одновременно перевод предприятий на хозяйственный расчет способствует рациональной постановке учета производственной деятельности предприятия и оздоровлению масс с этой деятельностью.

4. Последовательное проведение хозрасчета предприятия требует принятия мер к выяснению успехов и недочетов отдельных цехов и отделов предприятий. С этой целью предприятие должно устанавливать плановое задание для отдельных частей его (цеха, отдела). . . . Расходы отдельных частей предприятия должны сопоставляться с результатами их производственной деятельности.

Итоги деятельности предприятий и их частей должны обсуждаться на периодических производственных конференциях. На основе этого профсоюзные организации должны организовать свою массовую экономработу в предприятиях“. (Из постановления ЦК ВКП(б) от 5 декабря 1929 г. о рационализации управления промышленностью).

Прошло 1¹/₂ года и постановление ВЦСПС от 17 апреля 1931 г. „о помощи профсоюзов в проведении кредитной реформы и хозрасчета“ четко говорит:

„4. Проведение кредитной реформы и хозрасчета должно быть максимально использовано профсоюзными организациями для широкой мобилизации рабочих на борьбу за укрепление трудовой дисциплины, за мобилизацию всех внутренних ресурсов в целях быстрой ликвидации образовавшихся прорывов и выполнение промфинплана. При этом особое внимание необходимо уделить выполнению финансового плана предприятия, в связи с чем вопросы цены, себестоимости, расходования кредитных ассигнований, финансового хозяйства предприятия и цеха должны стать предметом систематического контроля со стороны производственных советов и заводских организаций“.

Тов. Сталин в своем выступлении на совещании хозяйственников говорит:

„Уничтожение бесхозяйственности, мобилизация внутренних ресурсов, внедрение и укрепление хозрасчета во всех наших предприятиях, систематическое снижение себестоимости, усиление внутрипромышленного накопления во всех без исключения отраслях промышленности. Таков путь к выходу. Итак внедрить и укрепить хозрасчет, поднять внутрипромышленное накопление—такова задача“.

Если мы поставим перед собой вопрос: имеются ли в наших лечсанучреждениях все те моменты, о которых говорил т. Сталин и говорит постановление ВЦСПС, т. е. текучесть рабочей силы, уравниловка в зарплате, обезличка в работе, бесхозяйственность, бесплановость, расхлябанность и т. п., то мы должны совершенно открыто сказать, что все это

в наших лечсанучреждениях существует и что для быстрейшего изжития их необходимы решительные меры.

Мы считаем, что в условиях наших лечебно-санитарных учреждений, так же как и в условиях промпредприятий, основным звеном в руководстве нашим хозяйством на данном этапе, лучшим средством борьбы с бесхозяйственностью, бесплановостью, расхлябанностью, лучшей формой организованного и планового участия широких масс трудящихся в управлении производством и борьбе за выполнение промфинплана, в дальнейшем развертывании и качественном улучшении соцсоревнования и ударничества, в поднятии этих социалистических форм и методов работы на более высокую ступень—является хозяйственный расчет.

Давая полную самостоятельность завучреждением или заводчельными частями его, повышая одновременно их ответственность за руководство порученным им участком работы и за выполнение оперативно-производственного плана, способствуя улучшению *качества* медобслуживания, хозрасчет вместе с тем стимулирует всех работников—и руководителей, и рядовых сотрудников—материальной заинтересованностью при выполнении и перевыполнении планов: ассигнования на оборудование, аппаратуру, инструментарий, литературу, научные командировки, премировании, улучшение бытовых условий, повышение зарплаты и т. д.

Возможность введения хозрасчета в лечсанучреждениях вызывает сомнение не только у лиц мало знакомых с делом здравоохранения, но и у ряда медработников—в том числе и руководителей, указывающих, что перенос положений хозрасчета в лечебные учреждения, где мы имеем дело с „живым“ материалом—больным человеком—невозможен. Необходимо считаться, дескать, с индивидуальными особенностями больного и с индивидуальным подходом к нему каждого врача; трудно требовать конкретных показателей *качества* „продукции“—результатов медобслуживания больного—отраженных в плане.

Не подлежит никакому сомнению, что механический перенос всех положений хозрасчета промпредприятий в наши лечсанучреждения был бы неправилен. Наблюдающиеся уже случаи понимания хозрасчета, как, главным образом, средства повышения зарплаты медперсонала, говорят об упрощении и извращении хозрасчета. Перевод на сдельную и сдельно-прогрессивную оплату врачей при приеме поликлинических больных, обслуживании стационарных, производства операций являются уже вредным извращением и совершенно недопустимым. Здесь должна быть ясность. Необходимо различать включение в план учреждения, отделения, кабинета обслуживание в течение известного срока определенного количества больных с точными показателями *качественности* работы и сдачу их приема (поликлиника) или обслуживания (стационар) за сдельную или прогрессивную оплату, когда больной превращается в количественную единицу „производительности“ врача, когда качество отходит на задний план при погоне за количеством. И здесь на лицо упрощение хозрасчета.

Важным моментом хозрасчета в промпредприятиях является контроль „рублем“. В условиях лечсанучреждений, находящихся на твердых бюджетных ассигнованиях, применение банковского кредита, по нашему мнению, невозможно. Трудно говорить о закрытии (полном или частичном) кредитов больницы или диспансера при невыполнении ими оперативно-

производственных планов, т. к. это закрытие должно немедленно отразиться на качественном и количественном медобслуживании рабочих. Поэтому здесь должны быть применены другие формы контроля.

Учтя вышеуказанные моменты, мы считаем, что при продуманном и осторожном подходе, большинство положений хозяйственного расчета могут быть с большой пользой перенесены в работу лечебных учреждений. Небольшой опыт московских учреждений (4-й диспансер, больница им. „Медсантруд“), а также обмен мнениями на выборочном совещании завсекторами планирования и производства Обл-крайотделов союза Медсантруд показал значительную эффективность хозяйственного расчета по улучшению организационно-административной и медицинской постановки дела.

Сейчас почти везде органы здравоохранения и профсоюзные организации занимаются проработкой вопроса о введении хозяйственного расчета в лечсанучреждениях. Необходимость избежать ошибок и правильно провести его ставит со всей остротой вопрос об обмене опытом на страницах медицинской печати.

При проведении хозяйственного расчета, сводящегося в конечном итоге к решительному улучшению организационно-административной и медицинской постановки дела здравоохранения, а тем самым повышению качества медобслуживания рабочих, необходимо учесть следующие положения.

1. При переводе лечсанучреждения на хозяйственный расчет учреждением должна быть проведена предварительная работа по:

а) определению наличия денежных и материальных ресурсов, путем полной инвентаризации всего имущества с закреплением его по отдельным частям учреждения (отделения, кабинеты и т. д.);

б) составлению точного оперативно-производственного плана, представляющего как бы заказ вышестоящей организации, дополненного встречным планом сотрудников, и имеющего четкие количественные и особенно качественные показатели.

2. Оперативно-производственный план и все его показатели согласовываются с вышестоящей организацией - руководителем (райздравом, главврачем и т. д.), которые обеспечивают нормальное выполнение плана финансовыми и материальными ресурсами (лимитами, сметой).

Необходимо решительно подчеркнуть, что производственный план является основой хозяйственного расчета и последний неосуществим без плана. Хозрасчет в свою очередь укрепляет планирование, поднимает его на высшую ступень. Хозрасчет основное орудие плана. Требуя точного учета всех материальных и денежных ресурсов учреждения, точного учета повседневной работы, точной калькуляции себестоимости — а все это является предпосылками плана — хозрасчет является одним из устоев социалистического планирования. Но вместе с тем хозрасчет есть способ проверки выполнения плана, ибо, заставляя систематически учитывать все моменты работы, он способствует быстрейшему выявлению слабейших участков, помогает устранению косности, застоя и значительно улучшает планирование.

При составлении годового (и поквартального) производственного плана, кроме общих количественных показателей — количества больных, пропускаемых через больницу, отделение, кабинет и т. д., среднего числа

дней пребывания каждого больного в больнице, отделении, (для каждого различное), общего количества койко-дней, калькуляция себестоимости койко-дня для всей больницы в среднем и каждого отделения и т. д.— необходимо оговорить отдельные элементы койко-дня: себестоимость расхода питания, топлива, воды, освещения, медикаментов, перевязочного материала, белья (стирка, починка и т. п.), ремонта (текущего) и т. д. и т. д. с тем, чтобы в плане должна быть отражена общая сумма расходов по каждому отделению элементу за квартал, год для учета этих расходов. При этом, конечно, необходимо принять во внимание, что некоторые из этих расходов не могут быть отражены в отделенческих планах и должны иметь общебольничный, общедиспансерный характер. Так например, если отделения, кабинеты и т. д. не имеют отдельных счетчиков воды, электричества, имеют общий источник отопления—расходы исчисляются в зависимости от местных условий с учетом особенностей отделения.

Не имея возможности более детально останавливаться на количественных показателях, перехожу к качественным. Необходимо самым решительным образом подчеркнуть, что при введении хозяйственного расчета *качество* медобслуживания выдвигается на первое место, и поэтому в планах каждого учреждения, отделения, кабинета и т. д. четко, с полной возможностью их учета должны быть отражены *качественные* показатели, дающие возможность судить об эффективности работы учреждения, отделения, кабинета и т. д. в целом и каждого медработника в отдельности.

Последующий контроль—через связь врача (сестры) отделения, кабинета с врачом райпомощи на дому, диспансера, здравпункта с выплатам пунктом, здравячейкой, котиб'ом, через патронаж. сестер отделения, диспансера и т. д.—дает возможность получать сведения о продолжительности восстановления трудоспособности (а тем самым и эффективности медобслуживания) после выписки из отделения, кабинета. Вышеуказанный контроль будет в значительной степени предупреждать возможность перегибов, когда в погоне за увеличением оборачиваемости койки или приемов большего количества больных в кабинете будет страдать качество медобслуживания. Качественными показателями могут служить процент диагнозов, качество питания, пребывание больного на койке до всестороннего обследования, сансостояние учреждения, чистота белья, отсутствие жалоб и т. д.; для диспансеров, здравпунктов—снижение заболеваемости и травматизма рабочих данного предприятия (как числа случаев, так и числа дней), района, участка, сансостояние бытовых учреждений предприятия, района, участка и т. д. Опять же перечислять все качественные показатели работы медсанучреждения невозможно, т. к. они зависят от состояния и условий работы каждого учреждения.

3. Чрезвычайно важным моментом хозяйственного расчета является проведение в жизнь единоначалия для руководителей учреждения и отдельных частями его. Переходя на хозяйственный расчет и неся полную ответственность за административно-хозяйственную и медицинскую постановку своего учреждения или части его, руководители должны знать, что они обладают известными правами. И здесь должен быть достаточно четко поставлен вопрос о праве этих руководителей быть полными

распорядителями всех кредитов и штатов своего учреждения (или части его, перешедшей на хозрасчет). Они должны иметь право изменять штаты и ставки в пределах фонда заработной платы, им утвержденного, и в границах дифференцированной сетки, согласованной с союзом и хозяйственным органом. Остальные статьи, слагающиеся из отдельных расходов, указанных в производственном плане, должны составлять общую сумму, право распоряжения которой предоставлено руководителю. Важно только, чтобы в конце квартального или годового отчета, по выполнении плана, все эти отдельные расходы нашли свое отражение, согласно количественным показателям, по которым будет производиться учет.

Кредиты, согласно утвержденной сметы, не подлежат никакой урезке и все остатки, полученные в результате проведения хозяйственного расчета, остаются в распоряжении учреждения и снятие их не допускается.

Интересен в этом отношении опыт Московского Горздравра, которому Мосгорисполкомом было разрешено в семи опытных учреждениях, переведенных на хозрасчет, разбить утвержденную смету только на 4 статьи: а) зарплата, б) капитальный ремонт, в) новое строительство и г) остальные расходы. В пределах этих статей администрации учреждения предоставляется право свободного маневрирования в соответствии со своим оперативно-производственным планом. Кредиты открываются поквартально и никакой урезке не подлежат. Экономия остается в распоряжении лечучреждений и изъятию не подлежит. Все доходы лечучреждения, независимо от способа их изыскания (спецсредства, мобилизация внутренних ресурсов, продажа негодного имущества), остаются в распоряжении лечучреждения, причем они должны найти свое отражение в производственном плане и смете учреждения.

Такое право, конечно, требует умения четко и правильно администрировать и уметь вести хозяйство, т. к. при отсутствии этих качеств это право может повести к ухудшению дела. Не сумев правильно сманеврировать средствами, руководитель учреждения может поставить в крайне тяжелое положение хозяйственную часть, а тем самым и медицинское обслуживание. Вот почему к такому изменению финансирования лечучреждений необходимо подходить с учетом административно-хозяйственных способностей руководителей. Но не подлежит сомнению, что в руках хорошего хозяйственника это право маневрирования средствами может дать значительный эффект и экономию.

Здесь следует сказать и о расходовании экономии. Нам кажется, что поскольку хозяйственный расчет должен служить целям социалистического накопления, значительный процент производственной, против плана, экономии должен направляться на пополнение оборудования, инвентаря, аппаратуры и т. д., известная же часть экономии может идти на улучшение культурно-бытовых нужд сотрудников учреждения (столовые, ясли и т. д.), премирование сотрудников того отделения, где получена экономия. Размер этих отчислений может колебаться, но во всяком случае 40%—50% должно идти на оборудование, инвентарь и т. д., 20%—25% на культурно-бытовые нужды и 20%—25% на премирование.

4. Хозяйственный расчет требует самого тщательного, повседневного, систематического учета всех количественных и качественных показателей. Здесь необходимо максимальнейшее упрощение всей отчетности

и учетной техники, которые были бы доступны пониманию каждого медработника, т. е. учет надо довести до низового производственного звена. Необходимость отвечать за выполнение каждого показателя требует его понимания и знания. Поэтому доведение каждого показателя до каждого медработника является обязательным. Но выполнение показателей может быть обеспечено, когда каждое низовое производственное звено (группа, бригада), каждый медработник четко знает свои обязанности, участие своей работы и несет полную ответственность за этот участок и его обслуживание. Поэтому ликвидация обезлички, закрепление за каждым работником определенного участка его работы, выработка точных инструкций, определяющих круг его обязанностей и время работы, являются обязательными при хозрасчете. Здесь вполне возможны бригадные методы работы, заключающиеся в том, что за определенным участком (отделение, несколько палат, кабинет и т. д.) закрепляется бригада из определенного количества сестер и нянь (1 сестра, 1 няня; 1 сестра, 2—3 няни; 2 сестры, 2—3 няни и т. д.), которые, составляя бригаду, несут все вместе ответственность за порученный им участок. Опять же в этой бригаде не должно быть обезлички и каждая участница бригады отвечает за свой участок, свою отрасль работы. Эта бригада принимает и сдает участок соответствующим сменам. Здесь интересно было бы провести опыт сменно-встречного планирования, когда сменяющая бригада выдвигает на время своей работы количественные и качественные показатели и вступает в соревнование со сменившейся бригадой. Товарищам с мест, практическим работникам больниц, следовало бы проработать этот вопрос и прислать свои соображения в ЦК Медсантруд, осветить его в печати. Эта форма поможет втянуть низовых работников в плановую работу и вместе с тем повысить качество соцсоревнования, подняв его на более высокую ступень.

Ликвидируя обезличку, мы должны тщательно проработать нормы нагрузок с учетом необходимости повысить производительность труда — уплотнение работы — *без ухудшения качества*. Здесь конечно должны быть приняты во внимание условия и специфичность работы. Но одновременно необходимо провести мероприятия по технической перевооруженности — механизации — ряда процессов с целью облегчения работы и повышения производительности труда. Правильная расстановка сил — соответственно квалификации, опытности, умению хозяйничать — и целесообразное их использование является также неотложной задачей при хозрасчете. Разгрузка врача от обязанностей, которые с успехом могут быть выполнены средним медперсоналом или даже лицом, не имеющим медобразования, должна быть выдвинута при хозрасчете. То же и по отношению к среднему медперсоналу. Все эти мероприятия помогут освободить значительные кадры медперсонала, столь нам необходимого.

5. При введении хозяйственного расчета необходимо четко поставить вопрос о ликвидации „уравниловки“ в оплате труда. Оплата определяется объемом и *качеством* работы по дифференцированной сетке, причем при одинаковом объеме, количественности работы, но разной качественности проводится дифференциал в известном коэффициенте. При дифференцированной сетке устанавливается известная основная ставка, снижение которой не допускается ни при каких условиях. К систематическим невыполнителям плана применяются обычные меры адми-

нистративных взысканий: перевод на менее квалифицированную работу и т. д. Кроме основной ставки устанавливаются 2—3 (обычно две) ставки с большим разрывом в сторону высшей ставки (для большей заинтересованности, стимулирования); например основная ставка 60; следующая 70; за ней 85—90. При выполнении плана или перевыполнении дается 2-ая или 3-я; эти ставки определяются администрацией в зависимости от количественных и качественных показателей, причем в основном должно играть значение *качество*. Если после установления повышенной ставки за выполнение количественных и качественных показателей работник снижает (ухудшает) эти показатели, администрация имеет право перевести его на более низшую ставку, но не ниже основной для данной группы работников.

Сдельная и сдельно-прогрессивная оплата труда допускается в тех участках, где обеспечен надлежащий контроль за качеством, и в первую очередь, конечно, в подсобных отделах, частях лечучреждений: прачечные, хлебопекарни, мастерские, отопление и т. д. Варианты этой оплаты устанавливаются в зависимости от местных условий по согласованию хозорганов с профсоюзной организацией. Возможна такая же форма оплаты в лабораториях, аптеках, рентгенкабинетах и т. д., но здесь необходима большая осторожность, т. к. должен быть обеспечен тщательный контроль за качеством, что, конечно, вполне осуществимо. Варианты оплаты также могут быть различны. Устанавливая себестоимость, можно исходить в оплате из нее, сдавая сдельно и производя дифференцированную оплату персонала в зависимости от квалификации (врач, сестра, санитарка). Устанавливая определенную норму выработки для основной ставки, за перевыполнение нормы—с соблюдением качества—можно проводить прогрессивное нарастание оплаты в процентах. Повторяем: *качество* должно играть первое место, а потому должен быть обеспечен соответствующий контроль. Все эти формы оплаты должны проводиться в пределах фонда заработной платы. Если учреждению, отделению удастся добиться выполнения или перевыполнения производственного плана—без ухудшения качества—при меньшем—против штата—числе работников (за счет уплотнения работы, лучшей и целесообразной расстановки сил, технической перевооруженности и т. д.), то остающаяся экономия по зарплате в известной части—50%—может идти на повышение зарплаты наличных сотрудников отделения в соответствии с объемом и качественностью их работы и в границах дифференцированной сетки.

Вопрос о правильном проведении оплаты труда при хозяйственном расчете в лечсанучреждениях играет значительно большую роль, чем в промпредприятиях, ибо здесь погоня за количеством, для того чтобы получить большую ставку, может отразиться на *качестве* обслуживания больного человека. Поэтому, считая необходимым материально стимулировать медработника на выполнение плана, мы не должны забывать, что этот материальный момент является сопутствующим, исходит и зависит от основного—количественного, но особенно качественного выполнения производственного плана. Увеличение оборачиваемости койки, снижение себестоимости койко-дня необходимо, но при одновременном улучшении качества медобслуживания. Качество медобслуживания должно быть целеустремленностью хозяйственной перестройки работы лечсанучреждений.

Хозяйственный расчет в лечсанучреждениях в значительной мере способствует вовлечению в низовое планирование всей массы медработников, поскольку план доводится до низового производственного звена (группа, бригада), где обслуживаются и прорабатываются все показатели, и где масса выдвигает свои встречные показатели и свой встречный план. Тем самым вся масса медработников активно участвует, активно включается в управление учреждением, отделением.

Вместе с тем хозрасчет, на основе этого массового участия сотрудников в работе учреждения, способствует развитию и качественному улучшению соцсоревнования и ударничества, ибо каждое производственное звено, каждый работник видит результат своей работы, видит, что от него самого, от его усилий зависит качественное и количественное состояние работы учреждения. Бригадный метод работы приучает его работать коллективно. Он становится составной частью данного отделения, участка. Он овладевает техникой того производства, где он работает.

Мы уверены в том, что при правильном проведении хозяйственного расчета, при продуманной проработке его активом медработников под руководством органов здравоохранения и союзных организаций, хозрасчет в ближайшее же время даст значительные результаты по изжитию бесхозяйственности, бесплановости, расхлябанности в наших лечучреждениях. К сожалению, на местах мы имеем некоторую оппортунистическую недооценку хозяйственного расчета, которая тормозит и проработку, и введение его. Не освещается еще и положительный опыт. Необходимо более смело и решительно взяться за проведение хозрасчета.

О работе здравпунктов на предприятиях.

Врача В. Ф. Иванова.

(По опыту работы 2-го Единого диспансера в г. Москве).

Директивными указаниями партии перед органами здравоохранения поставлена задача повернуться лицом к производству, задача снижения заболеваемости и содействия выполнению промфинплана. Как же подошли мы к выполнению этих директив? В данной статье я остановлюсь на работе в этом направлении ведущего звена—здравпункта—по опыту работы 2-го Единого диспансера.

Принято считать, что наиболее трудной частью новой работы здравпункта является именно переключение его работы на новые рельсы. Совершенно очевидна эта трудность, учитывая неподготовленность массы врачей старых пунктов первой помощи к такой работе, но не меньшей трудностью были и трудности методологического порядка. Здесь уместно указать на то, что со стороны руководящих органов здравоохранения были даны лишь общие указания, методика же работы не была в достаточной степени проработана ни научными институтами, ни местными органами здравоохранения. Методику эту приходилось прорабатывать самим здравпунктам под руководством единых диспансеров.