Все, что я буду говорить сегодня, – это моя точка зрения на те или иные вопросы. С ней можно соглашаться, от нее можно отказываться. Я не говорю о том, что она единственно правильная, правильное решение всегда принимает собственник, всегда принимает руководитель. Моя задача, в общем-то, на основании опыта своей работы показать, как у меня проходил период моей руководящей деятельности с моим персоналом, на какие грабли мне пришлось наступить, что бы я сегодня может быть сделал по-другому и о чем я сегодня узнал, что я не знал тогда, когда все это делал.

Сегодня у вас у всех есть презентация раздаточная – определенное количество слайдов. Кто-то из вас с ней уже, может быть, познакомился. Определенный объем информации, который есть в этой презентации, я буду до вас доводить, то есть я не буду читать слайды, я, наверное, буду говорить о периодах жизни своей организации, своих организаций и организаций, которые я консультировал, с которыми я работал. В общем-то многие из этих организаций на сегодняшний день остались на той схеме оплаты труда, которую нужно было давно изменить. Многие из вас работают на сегодняшний день в системе, где материальные мотивации сотрудников прямо противоречат требованиям, которые вы к ним предъявляете в процессе работы. Собственно, я так думаю, что для этого и собрались здесь в первую очередь.

Значит, различные схемы на самом деле и эти схемы на сегодняшний день, я думаю, что вы согласитесь со мной, я просто не проводил опрос до семинара, но я уверен в том, что из всех клиник, которые на сегодняшний день здесь есть, где-то примерно 80% клиник работают на системе «процент с оборота», которым на сегодняшний день в принципе просто я бы, наверное, человека, который эту систему вводил в работу медицинских организаций, потому что это система, которая определяет только индивидуальные продажи. Я не знаю, что бы я сделал, просто не знаю.

Процент с оборота. В чем проблема системы «процент с оборота»? Она вообще не учитывает никаких показателей эффективности работы ни врача, ни клиники. И на сегодняшний день система, которая есть в первую очередь, мы сегодня попробуем сделать что-то для того, чтобы каким-то образом вы подумали о том, нужно ли вам с этой системой каким-то образом продолжать жить. Потом поговорим о вебинарах, которые будут еще в клубе руководителей. Я сейчас начну озвучивать первый вопрос, который у нас называется «планы, нормативы и критерии оценки работы сотрудника, оценка работы сотрудника и связь системы материальной мотивации».

В общем-то, все вещи, которые я вам буду говорить сегодня, я очень не люблю после мероприятий фраз: «это сделать невозможно», «это хорошо, это у одних получается, а вот у нас этого сделать нельзя, потому что у нас такой город, у нас такие вот особенности» и так далее. Все, о чем я буду говорить сегодня, это все сделать можно, и все зависит всего-навсего от одного момента: будете вы это делать или нет. Как это нужно делать? Мы тоже поговорим об этом сегодня. Если у вас возникнут какие-то вопросы, мы реально должны будем это обсудить.

Я вам просто начну с информации, которую я решал не далее, чем вчера. Клиника приглашает на обучение. Представитель этого города у нас есть на сегодняшний день на вебинаре. Клиника приглашает на обучение 30-ти стоматологов на внутренний корпоративный семинар, который называется «Успешная эффективная консультация врача-стоматолога». При чем в рамках семинара ставит одну очень простую задачу: научить врача продавать медицинские услуги. Я вообще последнее время не очень люблю слово «продавать». Если сам руководитель не верит, что услуги по лечению кариеса в его клинике стоят дороже, чем 1500 рублей, какой смысл учить продавать этому сотрудников? Я понять не могу. Когда руководителю задаешь вопрос: – Вы в скольки ценовых категориях работаете? – Мы работаем в одной ценовой категории. – Как у вас работают врачи с людьми, которые привыкли выбирать сами и которые готовы рассматривать альтернативные варианты и которые хотят рассматривать альтернативные варианты. – А мы не предлагаем альтернативные варианты. – Что вы удивляетесь тогда, что у вас 75% людей практически уходят после консультации? В то же время научить продавать. Хорошо, как у вас обстоят дела в системе междисциплинарного взаимодействия? С оформлением карт? Как у вас дела обстоят с прайсом? Люди присылают прайс, я просто смотрю его, но с таким прайсом можно вообще ничему не учить. Все это начинается с самого начала. Когда мы говорим, что система мотивации – это в первую очередь показатель стратегии, который выбирает руководитель в клинике, это вещь, которая определяющая, которая основная.

Как мы будем устанавливать планы? Я недавно прочитал в Фейсбуке «у вас тоже на работе платят как дуракам, а спрашивают, как с умных?» Я считаю, что в стоматологиях на сегодняшний день, во всяком случае в тех стоматологиях, в которых платят процент с оборота, врачам платят как дуракам, несмотря на то, что они не дураки. Это называется «ты направляй пациентов к ортопеду, ты направляй пациентов к имплантологу, ты направляй пациента туда, ты направляй пациента сюда». Вот скажите мне, я работаю врачом, вы мне платите процент с оборота, зачем мне нужно свои деньги кому-то куда-то направлять? Вот вы как бы с меня это не просили? Я буду вас уважать, я буду с вами соглашаться ровно до тех пор, пока я не буду сытый и не заработаю столько, сколько нужно мне, соответственно, я никого никуда никогда в жизни не отправлю. И говорить о какой-либо системе междисциплинарного взаимодействия здесь абсолютно бесполезно по одной простой причине, потому что ваша система оплаты труда «процент с оборота» полностью противоречит требованиям, которые вы предъявляете. И на сегодняшний день в этой системе просто-напросто работать практически невозможно. Поэтому, как можно говорить? В итоге мы спрашиваем с людей. Смотрите, допустим, поставили систему оплаты или другая ситуация есть. Я вас тестирование просил пройти. Если кто хочет познакомиться со своими результатами, в конце семинара мы это сделаем.

Допустим, я получаю 20% с оборота, но с меня за какие-то наказания, допустим, 2 % снимают. Ни для кого не секрет, я сейчас буду называть какие-то цифры, понятно, что мы с вами из разных городов, из разных клиник, в большей или меньшей степени успешных. Давайте я возьму средний город-миллионник, мы еще с вами на сегодняшний день об этом поговорим. Мы поговорим и про меньшие города, и про большие города сегодня. Я всегда буду говорить про работу врача на ставку. Здесь есть определенные отличия от Москвы, где врачи практически все работают как минимум на 1,25, а иногда и на 1,5, а иногда и на 1,5 в двух клиниках, то есть а всего на 3, потому что 2 дня в одной клинике, 2 дня в другой. Мы поговорим про средний город. Я беру средний город, я беру среднюю клинику, я не буду говорить про какую-то клинику супер, я беру вообще среднего врача. Я сейчас остановлюсь на такой специализации, как терапия. Средний врач терапевт в среднем городе, в средней клинике, то есть средняя – это более или менее хорошая, на сегодняшний день врач, который имеет заработную плату где-то порядка 50-60 тысяч рублей. Чуть меньше, чуть больше, но порядка 50-60 тысяч рублей. Скажите мне, пожалуйста, вот просто ответьте мне и себе на вопрос: вы мне платите процент с оборота, я получаю 60 тысяч рублей, но, если вдруг я не пишу карточки, вы снимаете с меня, допустим, 5% или 10% моей заработной платы. Вот отгадайте с двух раз, я с 60-ти тысяч вообще сытый или нет? И буду ли я за 3 тысячи писать карточки, как вы с меня это требуете? Нет. Я буду с вами соглашаться, я буду вас любить, я буду вас уважать. Каким образом? Есть две противоположные ситуации, абсолютно противоположные ситуации. Допустим, первая ситуация: я получаю процент с оборота, я работаю на себя; вторая ситуация: я получаю процент с оборота, меня там где-то на 5-10 % штрафуют, я все равно работаю на себя. Мне это на сегодняшний день гораздо интереснее, чем что-либо другое по одной простой причине: с меня спрашивают одно, а платят мне абсолютно по-другому. Почему такая ситуация? Такая ситуация возникает по одной очень простой причине: интересы клиники, интересы сотрудников в данной ситуации они полностью противоположны. Мы можем до бесконечности говорить, что мы одна семья и все остальное, что мы все преследуем одну цель. Во-первых, мы не преследуем одну цель. Если ваша система мотивации персонала, ваша система мотивации сотрудника на сегодняшний день и ваша система организации работы не удовлетворяет его требований, он у вас просто-напросто работать не будет ни при каких обстоятельствах. Я уверен в этом на 100%. Он может до бесконечности искать какие-то причины, мы будем с вами покупать микроскопы, артикуляторы, всевозможное другое оборудование. Как вы думаете, для чего это нужно в первую очередь человеку? Для того, чтобы, идя на работу в другую клинику, он сказал, что все он это умеет делать, что он с этим работал и все остальное. Он не умеет самого главного – он не умеет зарабатывать деньги. Он не умеет соблюдать правила, которые установлены в организации.

Более того, на сегодняшний день нам с вами очень часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда человек заранее приходит устраиваться на работу или работает у тебя и иногда есть клиники, в которых он работает много-много лет, это человек, который сразу задает вопрос: «А сколько вы мне будете платить?», но он не спрашивает о том, что он должен за эти деньги делать. Ему это абсолютно неинтересно. Человек заходит на работу и говорит: «А сколько процентов у вас платят?» У меня возникает один очень простой вопрос: кому? Во-первых, мы платим не проценты, а деньги. Если ты пришел спрашивать о том, сколько платят процентов, то ты уже не очень умный, потому что я могу платить очень много процентов, но могу вообще не платить тебе деньги, правильно? Я, допустим, могу сказать: «Я могу устроить тебя на работу, я буду платить тебе 25% с оборота, но при всем при этом не давать ни одного пациента из регистратуры. А зачем ты мне нужен с таким процентом оплаты?» И здесь получается очень интересная ситуация. До тех пор, пока человек не понимает, что он устраивается в клинику не только удовлетворять свои собственные интересы, но и интересы клиники, то общего языка никакого не получится. Но чаще всего наступает ситуация, мы все мечтаем, может быть, не знаю, я-то уже давно не мечтаю это совершенно точно, о том, чтобы любой сотрудник, мы с вами изначально будем сейчас говорить про врачей, он проникся идеями и мыслями руководителя. Уважаемые, если они проникнутся идеями и мыслями руководителя, они будут руководителями, они не будут простыми рядовыми сотрудниками. Это надо понимать, это надо принимать, никуда мы с вами от этого не денемся. На сегодняшний день есть вещи, которые нам нужно с вами просто-напросто совместить, то есть совместить интересы сотрудника и совместить интересы организации, в которой он работает. Соответственно, когда мы работаем с человеком, когда мы пытаемся оценить этого человека, мы должны оценить несколько ключевых факторов достижения результата:

*Материальная мотивация*. Человек приходит устраиваться на работу. Что вы должны понимать для себя? Во-первых, никогда не надо занимать место просто так, никогда не надо принимать на работу людей, которых вы заранее знаете, что вы можете разочаровать. Если ко мне на сегодняшний день в клинику придет на работу человек устраиваться врачом-терапевтом и спросит: «Игорь Анатольевич, вы можете принять меня на работу, я хочу получать 100 тысяч рублей?» Я ему открытым текстом скажу одну очень простую вещь, что в моей клинике на сегодняшний день работает 7 врачей-терапевтов и 100 тысяч рублей у меня получает всего один врач, который профессионал и тот врач, который реально на сегодняшний день работает в клинике около 10 лет. Дальше он мне задаст второй вопрос, соответственно: «Как, по-вашему мнению, через какой промежуток времени я смогу получать у вас эти деньги?» Я могу ему ответить на этот вопрос только через определенный промежуток времени, вы согласны со мной? По одной простой причине, потому что второе понятие ключевого фактора достижения результата сотрудников – *профессионализм*. По большинству параметров я смогу оценить через достаточно большой промежуток времени, если мне очень сильно повезет. Но в этом случае тогда получается ситуация, что не очень повезло ему, то тогда я пойму это быстро. Но это называется, когда человек без рук, без головы или без чего-то еще, то есть он не профессионал. Во всех остальных ситуациях отдаленные результаты я пойму через достаточно длительный промежуток времени.

Третий момент, который определяет факторы достижения результата сотрудников, я собственно с этим сегодня начал, когда говорил про город, в который меня пригласили на семинар, – *условия работы*, которые создаются клиникой: для чего, под кого мы покупаем новые технологии, как у нас в клинике устроен прейскурант, потому что каждый прейскурант позволяет зарабатывать не больше, чем он позволяет зарабатывать в клинике, да? Мне сегодня приходится уговаривать своих. Я не знаю, как у вас. Вот у меня работает имплантолог, она устанавливает 3 системы имплантантов. Одна система стоит 40 тысяч, вторая 27, третья 20 тысяч рублей. Я ей говорю: «Лена, пожалуйста, не ставь больше систему имплантантов, которая стоит 20 тысяч рублей». Я везде называю стоимость без коронки. «Ну не надо тебе уже. 2,5 недели очередь у тебя». Я не могу ее уговорить, потому что она думает о других гораздо больше, чем о себе. Это ее право. Должен я прислушиваться к ней? Конечно, я должен к ней прислушиваться по одной простой причине, потому что, если я сейчас это уберу волевым решением, получится одна очень простая ситуация: она может расстроиться и перестать ставить те, которые она ставила на самом деле, поэтому в этой ситуации я в некоторой степени зависим.

Дальше, следующий момент. Когда у нас работает материальная мотивация? Когда сотрудник понимает, что эффективность его работы зависит от него самого. Вот представьте ситуацию: мы принимаем на работу администратора клиники. Я все время буду на каких-то примерах, причем на примерах, которые я проходил. Ключевым показателем эффективности работы администратора является, допустим, оборот клиники. Допустим, администратор получает заработную плату 10 тысяч рублей и 15 тысяч рублей получает надбавку, которую он получает при достижении клиникой определенного оборота. Понимает в этом случает администратор, что эффективность его работы и его заработная плата зависят от него в первую очередь? А она от него зависит в данной ситуации постольку поскольку. Если сегодня администратор на данный момент работает на привлечении пациентов, то, соответственно, администратор за врача-то не продаст, правильно? Я вот работаю администратором в стоматологической клинике. Представим, что установили администратору 2 качественных показателя работы. Первый – это заполняемость клиники: загрузка клиники пациентами, загрузка времени приема. Администратору нужно платить за загрузку времени приема, однозначно нужно, потому что, чем больше загрузка времени приема, тем больше показатель эффективности работы администратора. Теперь возьмем показатель загрузки клиники первичными пациентами. Если у вас консультация стоит 0 рублей, и если у вас консультация стоит 500 рублей, а загрузка клиники абсолютно одинаковая, в каком случае администратор работает лучше? Там, где консультация стоит 500 рублей, потому что администратору нужно гораздо больше умений для того, чтобы привлечь пациентов в клинику для того, чтобы клиника имела достаточное количество пациентов, способных заплатить за консультацию 500 рублей. Если кто-то быстро не может воспринимать информацию, вы не переживайте, у вас будет возможность посмотреть эту информацию еще несколько раз, если вы этого захотите.

Соответственно, дальше возникает ситуация. Администратор привлек по 500 рублей. Давайте представим ситуацию, что работает 2 клиники разных, в которых загрузка одинаковая, стоимость консультации одинаковая, но в одной клинике 80% пациентов приходят по рекомендации к докторам, а в другой клинике таких пациентов практически нет. Где нужно больше платить администратору? В той клинике, где нет пациентов по рекомендации, потому что как администратор влияет на запись пациента по рекомендации к доктору на консультацию стоимостью 500 рублей? А он на нее вообще никак не влияет, потому что, если бы там был другой администратор, и чаще всего независимо от того, что сказал администратор, то пациент все равно бы записался к доктору. У нас получается, что у нас есть некий комплекс показателей, по которому мы оцениваем эффективность работы того или иного сотрудника. Будет администратор работать за оклад? Будет, на сегодняшний день, допустим, если это не Москва и оклад администратора будет составлять 35-40 тысяч рублей. Наверно, будет за оклад. Только другой вопрос: как он будет работать? У всех связь хорошая, кроме цирана и дорожной стоматологии. Меня хорошо слышно? Поставьте плюсики еще раз, чтобы я не беспокоился. Если пропадает у кого-то связь, коллеги, не переживайте, все-таки оставайтесь с нами, потом вы сможете это послушать, это связь пропадает на вашей внутренней линии. Это какие-то ваши внутренние проблемы. То, что вы не услышали, вы можете услышать потом в повторе. Это очень важно, потому что повтор вам все равно посмотреть можно будет.

Второй момент, когда работает материальная мотивация. Спасибо большое всем за плюсики. Когда сотрудник понимает, что работает он эффективно, он добьется хороших результатов, но здесь надо понимать, что такое эффективная работа и что такое хороший результат. Если эти понятия расшифрованы для человека, то совершенно четко все понятно. Допустим, с тем же администратором мы с вами работаем, мы устанавливаем качественные показатели эффективности, кроме оклада. На сегодняшний день очень много возникает вопросов. Не далее, как сегодня мне написали из города Уфы, сколько должен получать денег администратор в клинике на 6 кресел, которая ежемесячно имеет оборот 5 миллионов рублей и имеет загрузку врачей на неделю вперед, на 6 кресел работает 2 администратора? Администратор должен получать в этой клинике ровно столько, чтобы он как можно дольше не увольнялся, а рынок он везде разный. Если в одних городах на сегодняшний день за 20 тысяч рублей выстроится очередь, в других городах за 20 тысяч рублей к твоей клинике близко никто не подойдет. Мы должны уже на первом этапе устанавливать некие понятия эффективной работы. Ко мне приходит человек на работу, он говорит: «Игорь Анатольевич...» Всегда очень важно это на первом этапе, потому что я знаю, что проблема приема персонала, мы не будем их сегодня очень долго обсуждать, но тем не менее я думаю, что об этом стоит поговорить. Такая проблема существует. Когда мы начинаем работать с человеком, я всегда отношусь очень по-разному к тому, что они говорят. Я никогда не задаю вопрос, какая у тебя была зарплата на предыдущем месте работы, потому что задавать его абсолютно бесполезно, но ты получишь правильный ответ только в том случае, если ты обладаешь определенными данными по гипнозу и по нейролингвистическому программированию, потому что во всех остальных случаях тебе человек назовет сумму либо ту, которую он хотел бы когда-нибудь получить, либо которую он получал один раз, но чаще всего не получал никогда. Всегда у человека есть определенный желаемый результат, причем этот желаемый результат может быть реальный, а может быть нереальный. Ты принимаешь человека на работу, он тебе говорит: «Я хотел бы получать 100 тысяч рублей», но в итоге почему-то начинает и соглашается работать за 40. Как вы думаете, почему? Наверное, потому что это в большей или меньшей степени приближенно к тому реальному уровню заработной платы, в котором он работал, но изначально, на момент начала работы с этим человеком мы должны очень четко донести до него информацию, что в нашей клинике считается эффективной работой, что в нашей клинике является хорошим результатом работы, какой промежуток времени мы будем оценивать его работу эффективной и хорошей, по каким показателям и дальше не по принципу «а потом посмотрим и на что мы посмотрим» и как может меняться система оплаты его с течением времени в нашей организации. Потому что тоже есть определенные законы, которых мы с вами тоже должны придерживаться, потому что принципы материальной мотивации сотрудников в различные периоды жизнедеятельности организации меняются. А почему они меняются? Потому что задачи перед организацией меняются. Организация открылась, она имеет одни задачи, мы с вами их подробно обсудим. Организация продолжает работу, задачи меняются, организация дальше продолжает работу, задачи дальше меняются.

Вот у нас с вами был один из семинаров, онлайн-семинаров, просто у меня где-то примерно процентов 60 участников – это люди, которые были на предыдущих семинарах, как-то на постоянной основе мы уже дружим. Помните, мне задавался вопрос: «А у вас в клинике платят за то, что терапевты направляют пациентов на консультацию к ортопедам?» Сергея нет, он в отпуске, он очень хотел участвовать в этом мероприятии, но я ему в личной беседе ответил на это вопрос. Зачем я буду платить терапевту за то, что он направляет на консультацию к врачу-ортопеду, если при всем при этом от этого не увеличивается доход. Смысл? Зачем я создаю какие-то показатели процесса, который не приносит результата? Но, тем не менее, мы с вами должны понимать, что есть определенные периоды жизнедеятельности, и они есть в любой организации, когда эти показатели процесса становятся достаточно важными. И мы с вами это обсудим. Любая организация, которая работает, а очень многие организации, чтобы вы понимали, которые работают и 10, и 15 лет, они на сегодняшний день находятся в периоде младенчества. Что такое период младенчества? Это организация, которая до сих пор работает на оборот и не имеет никакого понимания или имеет очень отдаленное понимание качественных показателей работы. Оборот - это все хорошо. Как у меня один приятель мой говорит бизнесмен: «Оборот – хорошо, деньги где?» Организация начинает работать, вот она только начала работать. Есть огромное количество организаций, которые работают 10 лет и которые только начинают работать, потому что в них система оплаты «процент с оборота» на сегодняшний день. Почему? Организация начинает работать. Мы с вами вынашиваем некую идею. Я сейчас пройдусь по неким процессам, по неким этапам. Мы с вами вынашиваем некую идею определенную, и эта идея заключается в том, что сейчас мы откроем клинику, эта клиника начнет зарабатывать деньги, этих денег сразу станет много. Самая страшная ситуация, когда клинику открывает врач-стоматолог, в меньшей степени страшная, когда ее открывает не стоматолог, потому что, когда ее открывает врач-стоматолог, сейчас внимательно слушайте все, даже те, у кого клиника работает очень давно, это всех касается. Когда клинику открывает врач-стоматолог, наступает такой очень интересный момент. Я думаю, сейчас я открою клинику и будет у меня счастье, потому что я сейчас сразу буду работать меньше и получать больше. В итоге я работаю в 10 раз больше. Те, кто сидят рядом со мной, работать не умеют либо работать не хотят, либо есть какая-то еще причина. Жена говорит; «Слушай, ты деньги на работу больше уносишь, чем приносишь. Когда раньше просто врачом работал, ты зарабатывал больше». Возникает вторая ситуация. Когда я не стоматолог, когда я человек, который просто инвестировал, у меня было определенное понимание, что я вот сейчас инвестировал деньги, у меня будет очень большой доход, но почему-то тот доход, который я планировал изначально, я о нем просто мечтаю. Чаще всего почему-то я его не вижу, либо вижу через очень длительный промежуток времени. Так вот, организация только начинает работать.

Какая основная задача организации на момент начала работы? Вот она начала работать, соответственно – первая задача. Чего всегда не хватает организации, которая только открывается? Инвестиций. Ей не хватает денег, организация начала работать, деньги вложили, а потом вспомнили, это забыли купить, это забыли купить…Какую мы основную задачу ставим в этой организации? В этой организации основная задача стоит одна и очень простая: выжить на первом этапе. Какие показатели эффективности наиболее полноценно работают в этой организации? Показатели продаж. Что для меня важно в этой организации? Чтобы врачи продавали услуги, чтобы они продавали их много. Чем больше они продают услуг, тем больше денег, а для меня деньги являются определяющим фактором на первом этапе. Правильно? Если для меня деньги – определяющий фактор на первом этапе, в какой степени на первом этапе я должен учитывать какие-либо показатели процессов? Показатели процессов как таковые: будут они направлять к ортопеду, будут они, скажем так, работать по тем стандартам, которые я им ставлю, они меня на этом этапе не интересуют. Интересовать не будут ни при каких обстоятельствах, они меня в гораздо большей степени интересуют на втором этапе, когда я понимаю, что я уже выжил, я вот денег наелся. Допустим, у меня есть 2 кресла, я на этих двух креслах худо-бедно стал зарабатывать свой 1 000 000 – 1 200 000 оборота. Дальше думаю уже: «Ну вот, наелся, теперь надо порядок наводить». А что такое успешная работа? Это построение системы междисциплинарного взаимодействия. Поставьте плюсики сейчас, пожалуйста, кто согласен со мной, что система оплаты «процент с собственного оборота» исключает систему междисциплинарного взаимодействия в клинике как таковую. Врачи не заинтересованы в том, чтобы взаимодействовать с другими, не зарабатывая деньги самим. Спасибо вам большое! Спасибо вам большое за то, что вы это признаете.

Я понимаю, что мы с вами сегодня просто о деньгах, есть еще такое понятие, как «долг врача», врачебная этика и все остальное. Мы с вами на сегодняшний день об этом говорим с позиции бизнеса. Когда вводятся эти вторые показатели, в этот момент ты прекрасно понимаешь, что наступил тот момент, когда на проценте-то с оборота уже работать нельзя, а дальше идут разные ситуации. Дальше ситуации бывает две.

Ситуация №1. Я уже понимаю, что процент с оборота платить нельзя, но я все равно плачу процент с оборота, потому что я боюсь, что они от меня уволятся и уйдут, а других у меня нет. Я начинаю считать какие-то показатели. Допустим, то же самое направление на консультацию к ортопеду, приход на профосмотры, сделали ортопантомограммы, не сделали ортопантомограммы. При всем при этом эти показатели, которые я начинаю считать, – показатели успешной работы с медицинской точки зрения. Безусловно, на 100%. Мы с вами к маркетинговым показателям подключаем медицинские показатели. Это показатели с медицинской точки зрения, но вопрос-то в том, мы систему оплаты не изменили. У него системы оплаты никак не изменилась, либо изменилась так, что он на это наплевал и, как следствие, получается очень интересный результат. Мы стремимся, мы чего-то добиваемся, мы ломаем копья, мы требуем, мы не спим ночами, мы расстраиваемся, мы вступаем в постоянные конфликтные ситуации, а он работает, как работал. А почему он будет работать по-другому, если он уже привык работать так и никакие изменения, а изменений как таковых никто не ввел, мы не ввели как руководители, и никакие изменения на нем никак не отражаются, правильно? Соответственно, что я могу сделать в этой ситуации? Не смотрите этот семинар вместе с врачами, которые у вас думают только о себе, если вдруг вы захотите потом его посмотреть. Что я думаю, как доктор в этой ситуации? Ко мне приходит мой директор и говорит: «Игорь, слушай, ты совесть имей уже. Ты деньги зарабатываешь». Причем есть некоторые клиники, в которых есть директор и есть руководитель подразделения. Я сейчас говорю в первую очередь для больших клиник, где несколько людей руководит процессом, но даже в клинике на пять кресел, как правило, уже 17 врачей работает сейчас. Я уже один не мог руководить пока был в клинике еще, то есть мне нужны были помощники. Есть такие клиники, я знаю такие клиники, в которых есть терапевты, которые зарабатывают по 500, по 600, по 650 тысяч рублей для клиники обороты. Когда заведующий отделением терапевтическим подходит к директору и говорит, что он вообще никого не направляет к ортопедам. Он свою работу сделал, и ему там наплевать, есть у пациента зубы, нет у пациента зубов, нужно ему к ортопеду или нет, он просто деньги зарабатывает, своей медициной вообще не занимается. Директор, который не стоматолог, говорит заведующему отделением: «Слушай, ты его не трогай, он деньги зарабатывает. Сейчас ты его заставишь еще куда-то кого-то направлять, он вообще деньги перестанет зарабатывать. Пусть работает, как хочет». Теперь представьте ситуацию: рядом с этим, кто работает, как хочет, сидит 3 или 4 молодых врача, которых вы только что приняли на работу и которым говорят, что работать нужно правильно. И рядом сидит вот такой вот наставник, которым они любуются ежедневно, и они видят этого наставника, который ни о чем не думает, который абсолютно наплевал на ортопедов, на имплантологов, на всех вместе взятых, ежемесячно получает 120-130 тысяч рублей, в ус не дует, у него все хорошо в этой жизни. Что думает в первую очередь молодой врач? Он думает две вещи: первая вещь – шарага (это про вас) вторая вещь – я тоже хочу таким быть. Он больше ни о чем не думает, я вам клянусь. Ситуация такая в 90% случаев из 100. О высоком мы будем говорить не сегодня, сегодня мы будем говорить о жизни, поэтому, если мы с вами установили, то есть очень четко построили вот эти вот процессы соблюдения неких стандартов индивидуальных, групповых, мы с вами сегодня о них поговорим, но это никак не влияет на заработную плату персонала, грош цена этим стандартам и грош цена системе, которую вы пытаетесь создать, она ровным счетом ничего не стоит.

И вот уже после того, как вы построили эту систему, наступает следующий этап, когда наша основная задача заключается уже не в том, чтобы хорошо работать. Я прошел уже 2 этих этапа со своими клиниками. Я сначала с ней выживал, потом я построил успешную работу, вот процветать никак не получается только до сих пор. Вот дальше уже мы с вами выстраиваем процессы немножко по-другому. Мы уже понимаем, что в клинике работают индивидуальные показатели, мы понимаем, что работают групповые показатели в клинике, мы понимаем, что все уже работает и наша задача увеличивать рентабельность, а увеличивать рентабельность мы можем либо через продажу рентабельных услуг дорогостоящих, либо через увеличение каких-то других показателей, которые влияют на рентабельность. К сожалению, далеко не все или очень мало кто до этого доходит на самом деле, далеко не все. Соответственно, когда работает материальная мотивация? Когда сотрудник понимает, что за хорошие результаты ему хорошо заплатят. Если вы поставили показатели хороших результатов, которые никак не влияют на прибыль клиники и никак не влияют даже на показатели оборота, значит вы настолько хорошие результаты для себя придумали. Здесь говорить больше не о чем.

Деньги в системе потребностей сотрудника находятся далеко не на последнем месте, потому что, если деньги в системе потребностей сотрудника находятся на последнем месте, а такие ситуации и есть, то этот сотрудник ведет себя как, Юрий Георгиевич? Так, как он считает нужным, правильно? У него все хорошо дома, у него все замечательно, он на работу ходит, чтобы работать, а работа его интересует не с точки зрения финансового благополучия на работе, а с точки зрения самоутверждения себя в профессии. И это для него гораздо важнее, чем какие-то деньги, потому что денег у него дома куры не клюют. Другой вариант, когда человека интересуют только деньги, соответственно, он тоже будет думать только о деньгах.

Я возвращаюсь к той ситуации, когда руководитель мне говорит: «Игорь, ты должен направлять пациентов к ортопедам на консультации». Я обеспечу показатель консультации ортопедов абсолютно очень легко. Я каждому пациенту на своей консультации буду говорить разные вещи. Я буду говорить, допустим, первый вариант: «Вам обязательно нужно сходить к ортопеду, вы обязательно должны его послушать. Самое главное – только не протезируйтесь, потому что вы мы сейчас с вами полечили, мы сейчас с вами зуб депульпировали, пломбу поставили, у вас вся ваша эмаль целая, на 55-60% питание зуба сохранено. Как только вы его обточите, у зуба останется 10% питания, и вы зуб потеряете. Вы на консультацию обязательно сходите, надо сходить обязательно, более того, я вас сам провожу». А как я не провожу, если мне за этот показатель платят? Мне же платят за то, что я его довел до консультации ортопеда, а потом вы считаете сколько пациентов этот ортопед не отработал. Он отработает пациента, если пациент мне уже доверяет и заранее знает, что он протезироваться не будет. Я могу на жалость придавить, я могу сказать: «Пожалуйста, сходите на консультацию к ортопеду. Если вы не придете, меня уволят». Он опять сходит на консультацию к ортопеду. У меня будет очень хороший показатель процесса междисциплинарного взаимодействия с ортопедом, у меня будет он потрясающий, только вам нужно будет посчитать показатель консультации, отработки консультации врачом-ортопедом очень внимательно потом, который у вас будет на нуле от меня. Если один кто-то согласится, то это будет счастливый случай просто, да? А второй момент, вам нужно будет посчитать деньги, которые ортопед заработает, потому что я ему буду направлять 50 консультаций по полчаса и 25 часов в месяц он будет абсолютно бесполезно консультировать моих пациентов. А теперь ответьте себе на пятый параметр, будет ли работать материальная мотивация и как это повлияет на самооценку этого ортопеда, который будет понимать, что он пациентов консультирует-консультирует, они все ему говорят я подумаю и вам перезвоню и просто-напросто от него уходят? О чем я говорю? Материальная мотивация не является основным показателем для выбора места работы, если это является основным и единственным показателем, никогда не надо принимать на работу этого человека. Она работает в комплексе с другими нематериальными мотиваторами, о них я буду говорить не сегодня.

У меня есть программа «Материальная и нематериальная мотивация сотрудников клиники». Материалы сегодняшнего семинара к этой программе не имеют отношения. Чем ниже уровень материального дохода сотрудников в профессии, тем больше значение имеет материальная мотивация. Соответственно, если мы будем с вами говорить о том, важна ли материальная мотивация для врача, то для врача, безусловно, она в меньшей степени важна, чем для ассистента. Если, допустим, мы изменим заработную плату врача на 3-4 тысячи рублей, для него это не имеет никакого значения, то для ассистента и для администратора это имеет гораздо более серьезное значение, чем для врача. Все зависит от размера заработной платы. Когда мы говорим о схеме системы материальной мотивации персонала, врача, администратора, ассистента, мы говорим в первую очередь о том, что эту схему обязательно необходимо менять, ее необходимо менять в зависимости от внешних факторов, от того, что происходит на рынке, потому что рынок тоже определяет спрос. Если на сегодняшний день в мою клинику за последние 6 месяцев не пришло ни одного желающего работать, мне, соответственно, надо подумать о том, что мне нужно сделать внутри для того, чтобы все-таки врачи хотели у меня работать, и, таким образом, может быть на первом этапе изменить систему материальной мотивации. И второй момент. Материальная мотивация зависит от стадии развития компании, от периода ее жизнедеятельности, который не зависит от ее срока существования. Если мы будем говорить о среднем медицинском персонале. Допустим, что происходит на сегодняшний день на рынке? На рынке происходят парадоксальные вещи. Уровень заработной платы среднего медицинского персонала просто по несколько раз в год растет на данный момент, то есть зарплату повышают-повышают, а требования снижают-снижают. Кто в этом виноват? Я не против того, чтобы повышать зарплату. Ради Бога, повышайте. Вы за нее и требуете. У меня буквально не далее, как вчера была встреча с руководителем одной из торгующих организаций.

У меня работал парень ассистентом, врач-стоматолог, работал на интернатуре. Не буду передавать разговор вкупе. Человек уволился из клиники. Я не знал, что он уволился, потому что я в клинике сейчас не работаю и не бываю в своей. Бываю, но крайне редко. Вот за лето 2 раза был. Парень уволился с работы из клиники, и его тесть очень сильно переживает за это. Тесть его – стоматолог – очень сильно переживает, потому что, работая в моей клинике ассистентом он получал 25 тысяч рублей, а сейчас он устроился в государственную поликлинику, в которой он получает 4700. И он говорит: «А как ты думаешь, почему он уволился? А по одной очень простой причине, потому что он, врач-стоматолог, ассистентом больше года там не нужен. Ему нужно либо развиваться и расти для того, чтобы становиться врачом-стоматологом в этой клинике, либо ему не нужно занимать чье-то место ассистента, которое вполне за такие деньги за 23-25-27 тысяч рублей с удовольствием займет медицинская сестра, потому что средний уровень оплаты медсестер на сегодняшний день в городе Самара составляет 15-17 тысяч рублей. У нас очень высококонкурентные возможности оплаты среднего медицинского персонала, но он не хочет учиться, он не хочет учиться, а если он не хочет учиться, в поликлинике это делать необязательно. Не во всех поликлиниках, но в той, в которую он устроился, это делать не обязательно. И пусть тесть переживает, ему-то самое главное ни за что не обидно. Что у нас происходит чаще всего со средним медицинским персоналом. Опять вернусь в группу среднего медицинского персонала. Сейчас попробую чуть-чуть побольше вам сделать размер презентации.

Что у нас происходит в группе среднего медицинского персонала? У нас дефицит. Дефицит достаточно серьезный. И дальше происходит одна очень простая ситуация: мы принимаем человека на работу, мы ему платим 20 тысяч рублей. Мы думаем, что это много, а он думает, что это мало. И дальше возникает такая ситуация: они думают, что платят хорошо, а я так не считаю. Если мне предложат заработную плату на 2-3 тысячи рублей выше, то я сразу уйду в другую организацию. Кто может платить больше? А больше денег может платить клиника с более высоким доходом. И дальше возникает следующая ситуация: врачи очень часто (поставьте плюсики, так, чтобы я понимал, что вы со мной) … Скажите мне, пожалуйста, у кого-нибудь хоть раз была в клинике ситуация, вот хоть раз в жизни, чтобы доктор подходил и рассказывал, какой у него плохой ассистент, и просил хорошего. Если у кого-то была, поставьте плюсики. Я бы сейчас плюсиков 30 поставил от себя бы лично. «Дайте мне хорошего ассистента, дайте мне», «мне самое главное – работать с хорошим ассистентом». А что такое хороший ассистент? А хороший ассистент – тот, который будет работать так, как я работаю. А ты как работаешь? Вот ты представь, к тебе пришел ассистент. Я все время рассказываю ситуацию из своей клиники для тех, кто со мной впервые встречается или может быть не впервые, я ее тоже расскажу. Неправильно поставленный вопрос всегда позволяет очень многими вещами поманипулировать в свою пользу. Вот ко мне в очередной раз – это было достаточно давно, около шести лет назад – подошли врачи 5,5 лет назад и сказали: – Игорь Анатольевич, когда у нас будут хорошие ассистенты? Уже надоело, уже сил никаких нет, работать невозможно. – Что такое хороший ассистент? – Хорошие ассистенты ... ну, хотя бы, чтобы они все одинаково работали. – Я правильно понимаю, вам нужны ассистенты, которые все будут работать абсолютно одинаково в едином процессе? Правильно? – Да, правильно.

Я в течение двух недель сам лично отзанимался со всеми ассистентами, на тот момент у меня в клинике их было 12 человек. Я занимался по терапевтической стоматологии на тот момент, и я все 12 ассистентов за 2 недели научил работать абсолютно одинаково, вот абсолютно одинаково. Это было первое время, когда я написал медицинские стандарты, протоколы, которые государство сейчас в соответствии с положением об оказании платных медицинских услуг стало требовать с клиники, на входе в клинику. Я думаю, что вы знаете. Особенно те, кто был у меня на семинаре, как правильно построить отношения с пациентом и где поставить запятую, на вебинаре вернее, что на сегодняшний день пациент вправе потребовать с вас медицинские стандарты, по которым вы работаете. Как только он обращается к вам в клинику, вы обязаны ему их предоставить. Так вот, я написал тогда первые стандарты, я научил ассистентов всех одинаково работать, ровно через 2 недели ассистенты меня пригласили на собрание к себе и сказали: «Игорь Анатольевич, есть претензии какие-то к нашей работе?» – «Нет». С женщинами никогда не надо связываться, потому что никогда не знаешь, что там стоит за спиной. Я говорю: «Девочки, нет. Умницы, вы молодцы, вы хорошие, все не нарадуются». Они говорят: «Игорь Анатольевич, можно вам один вопрос? Скажите нам, пожалуйста, когда у нас врачи начнут одинаково работать?» Вы знаете, я в этот момент не растерялся, я пригласил всех врачей, собрал их на собрании, но немножко видоизменил ситуацию, чуть-чуть пофантазировал. Я сказал врачам: «Доктора, я был на собрании ассистентов. Они сказали, что с очень большим уважением относятся к вам и, как люди со средним медицинским образованием, научились все одинаково работать в течение 2-х недель и спрашивают, в течение какого времени вы все будете одинаково работать, для того чтобы ваши действия были слаженными и планомерными?»

Врачи к сожалению для них и к счастью для меня научились одинаково все работать в течение 3-х месяцев. У нас как-то понятие хорошего ассистента и хорошего врача стало абсолютно одинаковым. Почему? Потому что появились какие-то стандарты. Когда человек приходит в клинику, где нет правил, где все врачи работают, каждый как считает нужным, какая ситуация происходит чаще всего? Врач приходит и говорит: «Дайте мне хорошего ассистента» – первый момент. Чаще всего что слышит врач? «Обучил себя и заработай ему, не только себе на хорошую зарплату». Это уже слишком далеко так, но тем не менее логично. «Обучи под себя». Дальше у меня возникает один очень простой вопрос. Если я его, это я уже как врач рассуждаю сейчас, обучаю под себя, вы даете мне гарантию на то, что он будет работать только со мной и больше ни с кем? Логичный вопрос. Либо второй вопрос: «Заработаешь – купим». На сегодняшний день вопрос «заработаешь – купим» настолько актуальный. Сегодня одно очень простое понятие: для того, чтобы зарабатывать, иметь хороших ассистентов, врач должен хорошо работать с финансовой точки зрения, потому что, если он с финансовой точки зрения полноценно не работает, откуда вы будете платить деньги ассистенту, я понять не могу? То есть врач в этой ситуации не понимает, почему он должен обучать ассистента, почему он должен заработать больше, чтобы ассистент получал зарплату. Врач не понимает одной очень простой вещи, что, работая в частной стоматологической клинике либо работая на рынке платных медицинских услуг, потому что это может быть не только частная стоматологическая клиника, это может быть хозрасчетное отделение государственной поликлиники, которая находится на самообеспечении – сколько заработала, столько и заплатила, он уже не врач, он уже врач-предприниматель. Каждый из них занимается дополнительной предпринимательской деятельностью, потому что каждый из них оказывает платные медицинские услуги. Первый момент, который мы всегда очень четко говорим, что вопросы ценообразования руководителями и сотрудниками должны пониматься абсолютно идентично. Если эти вопросы одинаково не понимаются, то никогда не будет. Хорошо, пусть он останется при своем мнении, ваша задача донести до него эту информацию, ваша задача, чтобы он эту информацию понимал, потому что, если он эту информацию не понимает, он всегда все будет понимать абсолютно по-другому. Вот клиника, я беру клинику стандартную. Это моя клиника, пятикресельная, одна из клиник, в которой три терапии: ортопедия, ортодонтия и хирургия, в которой имплантология и парадонтология. Смотрим ситуацию. В клинике есть доход. Давайте возьмем выживающую клинику. Я вам не буду это долго объяснять, как руководителям, я вам сейчас покажу, как это понимает врач. Вот схема. Клиника зарабатывает 3 миллиона рублей на 5-ти креслах, допускаем такую ситуацию. У клиники есть постоянные расходы, у клиники есть переменные расходы, и в число этих переменных расходов входит зарплата: зарплата врача, зарплата ассистента, зарплата администратора и прибыль. Что происходит при увеличении оборота до 5 миллионов рублей? Как вы думаете, что по этому поводу думает врач? Я думаю, что вы знаете, что по этому поводу думает врач. Врач думает так: «Вот здесь вот я что-то заработал, а вот здесь вот зарабатывает только он». Очень многие для себя этот бизнес, даже на тот момент, когда они мечтают открыть свои собственные стоматологические клиники, они понимают так: 10% на материалы, 20% или 25% это он платит врачу, а все остальное забирает себе. Когда они открывают бизнес и понимают, что денег у собственника временами бывает меньше, чем зарабатывает врач, то он немножко по-другому начинает относиться к этому процессу, как к бизнесу. И наша задача – объяснить, что, если он прирастет, у нас, безусловно, изменится, не только зарплата его, но и зарплата ассистента, администратора, изменится прибыль. Да, я тоже зарабатываю больше, но вместе с ним. Изменятся переменные расходы, постоянные только останутся на прежнем уровне. Когда они это понимают, все становится немножко по-другому. Я здесь перечислил вам статьи расходов, не буду на них внимание большое обращать, потому что это информация, которая на дисках есть. Те, кто покупали видео лекции об этом знают.

Так вот, дальше возникает одна очень простая ситуация. А дальше мы начинаем, когда мы уже человека непосредственно просветили вот в этой системе. Когда вы начинаете человеку говорить, что мы аренду помещения платим за то, что он в центре города работает, его это вообще не волнует на самом деле. Его волнуют свои собственные выгоды. Дальше мы начинаем говорить про систему оплаты труда: оклад, процент, финансовый план, вилка, бонусы за качественные показатели, отсутствие бонусов, когда, почему, зачем? И возвращаемся к этой схеме, которая у нас есть. Клиники делятся на 2 группы: клиники, которые устанавливают финансовый план врача и клиники, которые не устанавливают финансовый план врача. Клиники, которые не устанавливают финансовый план врача, – это клиники, которые просто работают на проценте с оборота.

Я точно знаю, что руководители таких клиник на сегодняшний день у нас здесь присутствуют. Соответственно, дальше получается такая ситуация: работает несколько врачей у вас в клинике, допустим, один, второй, третий. Вы принимаете терапевтов на заработную плату 20% с оборота и меня жлоба давит. Я вот у вас по 500 тысяч рублей каждый месяц зарабатываю, а рядом шмондель какой-то сидит, который еле-еле там 150-200 каждый месяц сдает и, соответственно, у меня возникает вполне резонный вопрос руководителю, очень простой. Я подхожу к руководителю, может быть, к кому-то из вас и подходили, а я даже уверен, что подходили. И начинается этот принцип сиротливости: «А почему мне тоже платят 20%, как и ему? Я же работаю очень хорошо, я же деньги зарабатываю для вас». Они же в этот момент как бы забывают, что они деньги зарабатывают и для себя тоже. «Я же деньги зарабатываю для вас, а вот он ничего не зарабатывает. Дайте мне хотя бы процентов 23-25. Ну что вам жалко, что ли? Почему я должен получать точно так же, как и он». Почему такая ситуация возникает? Во-первых, потому что человек реально не понимает, чего от него ждут, человек реально не понимает системы ценообразования. Он ее просто не понимает. Человек не понимает, сколько денег он может заработать, человек не понимает. Я не понимаю одной очень простой вещи, а почему перед ним не ставится никакая финансовая задача? Вы обеспечиваете ему поток пациентов, вы предоставили ему возможность работать по определенному прейскуранту. Почему человек не понимает, каких денег от него вы ждете на первом этапе? Я был первым, а может быть одним из первых, я об этом точно не знаю, руководителем, который вводил (пометьте) финансовый план в деятельность частной стоматологической клиники. Я вам могу сказать сразу, это было в 1997 году, 16 лет назад. Была четко установлена цель, причем очень важно не просто поставить цель, а объяснить человеку, почему именно эти цифры, а не какие-то другие. Я тоже долго не буду вникать в проблемы руководителя, к которому я приду на работу. Устроюсь, а мне руководитель, допустим, скажет, что у нас в клинике финансовый план 150 тысяч рублей. Если я умный, то, соответственно, я подойду к руководителю с просьбой показать, как я могу эти 150 тысяч рублей заработать? Очень часто, кстати, от руководителя в ответ можно услышать такую вещь: «Как хочешь, так и зарабатывай, меня вообще не волнует». Какой руководитель, такой и сотрудник потом в итоге, потом с него ничего и не спрашивайте. Цель устанавливается, и человек должен понимать, как он может зарабатывать эти деньги, почему именно эти деньги? Цель устанавливается, сотрудник не понимает, почему именно эти цифры, соответственно, или цель не устанавливается, и дальше мы с вами получаем такую ситуацию. Есть понятие финансовый план врача, есть понятие финансовый план подразделения, есть понятие финансовый план клиники. Кто-то из вас смотрит ролики на YouTube-канале, кто-то в Фейсбуке. Для тех, кто не знает, что на YouTube -канал можно войти через раздел контакта на моем сайте, я вам рекомендую зарегистрироваться на YouTube -канале, потому что вчера ему был ровно год и, начиная со второго года, там будут отдельные материалы, которые будут выкладываться для зарегистрированных пользователей. Они будут выкладываться бесплатно, не задавайте мне пока вопрос про деньги. Они будут бесплатно, но будут для зарегистрированных, потому что я хочу разграничить немножко аудитории, с которыми я работаю. Так вот, там есть 2 ролика, и кто-то из вас их уже видел, я рекомендую вам их посмотреть еще раз, может быть, после семинара, а может быть и не стоит, потому что всю информацию из этих роликов вы сейчас увидите.

Ролики называются «Деньги» и «Ценовой уровень клиники, в которой вы работаете». Что в этих роликах на сегодняшний день есть? В этих роликах есть следующая информация: клиники разделены на несколько ценовых уровней. Это информация, которую я имею в соответствии с опытом своей работы в качестве лектора на семинарах, по поездкам по различным городам и по анализам ситуаций, хотя очень сложно иногда что-то проанализировать, прайсы настолько сложно устроены во многих клиниках. Так вот, если мы с вами будем говорить про клиники различного ценового уровня, то, соответственно, есть эконом, средний, средневысокий и высокий ценовой уровень, и выглядят они по цифрам примерно так, как здесь написано. Если мы будем говорить про небольшой город 300-600 тысяч населения, допустим, у них уровень эконом, вот здесь, а то, что эконом в городе-миллионнике – это уже средний ценовой уровень для города с населением 300-600, то есть, у них этой градации нет.

Например, у нас есть представители небольших городов 300-600 тысяч населения. У них будет уровень средний, вот это – средневысокий, а это - высокий. И на это и надо целиться, потому что вот этого уровня в таких городах, как правило, нет. Соответственно, в городах-миллионниках и больше, как правило, ситуация вот такая. В Москве все очень по-разному и в Питере, кстати, тоже.

Я общался с одним из руководителей торгующей организации в Петербурге, которому я сказал, что если бы у меня клиника на 5 кресел не зарабатывала хотя бы 3,5 миллиона рублей, то я бы закрыл этот бизнес и начал бы заниматься чем-то другим. На что он мне сказал, что в Петербурге есть очень большое количество клиник, который мечтают зарабатывать на сегодняшний день хотя бы 600 тысяч на 1 кресло. Но я Питер слишком хорошо знаю. К своему удивлению я узнал, что это действительно так. В Москве и в Питере ситуация очень разная.

Вот здесь есть цены. Вы эти цены видите, и я на них не буду заострять очень большое внимание. Мы с вами понимаем одну очень простую вещь. Какие факторы влияют на уровень цен на услуги клиники? Есть понятия: спрос, предложение, уровень квалификации врачей, позиционирование клиники и специализация собственника, если он – врач.

Если у вас какие-то вопросы возникают по ходу, вы задавайте, я потом на них отвечу.

Как влияет уровень квалификации врачей и специализация собственника? Допустим, я – врач-ортопед, который открывает стоматологическую клинику, и я всю жизнь мечтаю работать врачом, потому что руководителем мне быть неинтересно, и я открыл свою собственную стоматологическую клинику в первую очередь для того, чтобы всем рассказывать, что у меня есть собственная стоматологическая клиника. Как вы думаете, как я буду строить свой бизнес? На самом деле свой бизнес я буду строить очень просто: я у всех поставлю очень низкие цены, а у себя очень дорогие. Зачем? Я буду привлекать пациентов через них, у меня их услуги будут очень недорогие, а мои будут дорогие, и общая стоимость услуг на этом фоне будет казаться средней. Многие так и делают.

Я знаю достаточно большое количество клиник, где лечение кариеса стоит 1,5-2 тысячи рублей, а имплантация стоит 40 тысяч рублей и выше, коронки стоят 14 тысяч рублей и выше и т.д. Собственник определяет, что и каким образом он будет делать. В итоге общая стоимость получается средняя, но это не очень хорошо по одной простой причине, что очень большое количество пациентов в этих клиниках будет лечиться, удалять, делать парадонтологию, а ходить протезироваться в другие клиники. Вы можете все, что угодно спрашивать с этих врачей, но результата вы все равно не получите. Но если у вас есть какие-то сомнения в высоком уровне квалификации врачей, здесь, как я всегда говорю, лучше поднимать квалификацию, чем регулировать ценами.

Есть такое понятие, как «позиционирование». Мы об этом будем говорить в октябре на семинаре, который у нас будет, «Институт руководителя». Будем говорит достаточно четко. Но моя позиция на сегодняшний день заключается в следующем, что любая клиника, которая проводит работу на сегодняшний день, должна предлагать пациенту услуги как минимум в двух ценовых категориях. Это моя позиция. Не в трех, не в одной, а именно в двух. Не в трех, потому что врачи не умеют консультировать в трех ценовых категориях практически нигде. Я заявляю это с полной ответственностью. И не в одной, потому что, если ваша клиника работает в одной ценовой категории, то ваш врач должен быть суперпродавцом стоматологических услуг, чего я тоже практически нигде не видел. Лучше всего, если клиника будет позиционироваться в двух ценовых категориях.

Теперь мы с вами возьмем некие показатели эффективности работы: временные, финансовые и т.д. Сейчас мы говорим с вами про достаточно простую схему работы, и выглядит она следующим образом. Есть понятие «стоимость часа». Откуда берется стоимость часа? Исходя из услуг, которые мы с вами видим. Возьмем средний ценовой уровень, я дальше по нему буду рассказывать. В среднем ценовом уровне лечение кариеса на сегодняшний день 3500-4500 рублей; мы берем средний ценовой уровень: кариес 2500-3500, эндодонтия 5-7 тысяч, металлокерамика и т.д. Дальше считаем. Я всегда рассчитываю технологию в зависимости от времени, которое на него затрачивается. Соответственно, я считаю, что любой врач может сделать кариес за час. Любой врач, если он работает по технологии, может сделать за час одно эндодонтическое лечение одноканального зуба, за полтора часа – двухканального зуба и за два часа – трехканального. Для тех, кто хочет более досконально в это вникнуть, у кого есть видео лекции «Эффективность работы врача-стоматолога» и «Прейскурант», пересмотрите его, пожалуйста, и будет все понятно. Соответственно, при стоимости 1500 в час, что у нас в эконом уровне на 300-600 тысяч населения, получается одна стоимость часа, при стоимости 2500 – другая, при стоимости 3000 – третья, при стоимости 3500 – четвертая, при стоимости 5000 – пятая. И здесь уже устанавливаются некие финансовые показатели.

Каким образом рассчитываются финансовые показатели? Исходя из загрузки времени приема, которая может быть абсолютно разная. Опять же, если мы говорим про уровень эконом, эта загрузка времени приема 80-85%, средний ценовой уровень 70-75%, средневысокий ценовой уровень 70% загрузки рабочего времени и высокий ценовой уровень 65-70% загрузки времени приема, потому что чем выше цены, тем сложнее загрузить.

Если мы рассчитываем время, которое работает врач, а я рассчитываю из 144 часов работы, то я для себя понимаю, что у меня составлен прейскурант следующим образом: мой час стоит 3000 рублей; это значит, что лечение кариеса у меня в прейскуранте 3000 рублей вместе с анестезией и коффердамом или без; у меня стоимость одноканального пульпита 3000 рублей, двухканального пульпита 4500 рублей при расчете на то, что эта технология подразумевает 1,5-часовое выполнение работы, двухчасовая стоимость трехканального пульпита соответственно 3000 рублей, эндодонтию я называю без пломбы. Таким образом, при загрузке 75-80% и при стоимости 3000 в час 144 я умножаю на 0,8 и умножаю на 3000. И получается средняя выручка врача-терапевта 302 400 рублей.

Эта сумма денег, которую я могу легко поставить врачу в плановые показатели эффективности. Для этого я должен обеспечить его определенным количеством пациентов. Среднее количество первичных пациентов в среднем ценовом уровне на одного врача должно составлять примерно 15 первичных консультаций, то есть 1 врач должен быть обеспечен 15-ю первичными консультациями.

Откуда берется второе число 423 360? Это число мы получаем по показателям эффективности работы врача. Есть врачи, которые работают давно, есть врачи, которые работают в системе стандартов, есть врачи, которые работают более эффективно и быстро – это врачи, которые могут работать с коэффициентом 1,2-1,4, т.е. могут работать быстрее.

Если он не может выполнить быстрее эндодонтию, то он может сделать 2 кариеса, и у него никаких проблем в этом не возникает. Поэтому планка стоит на уровне 423 360, то есть это 302 400, умноженное на 1,4. Это плановые финансовые показатели врача-терапевта в клинике среднего ценового уровня в городе с миллионным населением. Это показатель минимальный и это показатель максимальный.

Что я делал в случае, когда видел показатель больше максимального? Я начинал проверять, за счет чего у него появляются более высокие цифры. Потому что более высокие цифры могут предполагать снижение качества услуги. Был и остается, за исключением ортопедии, очень четко рассчитанный прейскурант на час работы врача. В двух ценовых уровнях клиника имеет два разных стоимости часа. Допустим, 2500 и 3500, если клиника работает в экономе и средневысоком уровне.

Финансовые показатели эффективности работы врача-ортопеда консультационными компаниями раньше рассчитывались правильно и на сегодня они не изменились. Считался оборот терапевта, умножался на 1,4 (потому что финансовая эффективность врача-ортопеда на 40% выше) и прибавлялись затраты на зуботехническую лабораторию. Если ценовой уровень – это 302 400 и 423 360, умножаем на 1,4, то получается, выручка врача-ортопеда без стоимости работы зуботехнической лаборатории составляет примерно 423 360, 592 704.

Если у вас лаборатория находится внутри клиники, ортопед всегда считает вал, но на самом деле ортопед всегда зарабатывает в клинике деньги «вал минус деньги зуботехнической лаборатории». Если вы будете платить деньги врачу-ортопеду «вал минус деньги зуботехнической лаборатории», то ортопеда будет в меньшей степени волновать качество работы зуботехнической лаборатории и его в большей степени будут волновать цены зуботехнической лаборатории. Поэтому, я считаю, что лучше платить врачу-ортопеду с оборота, а деньги, которые он заработал за минусом денег зуботехнической лаборатории, ему лучше показывать, когда он задает вопрос «а почему у него процент меньше чем у терапевта».

Средняя стоимость зуботехнической лаборатории на сегодня составляет 25-30% от общей стоимости ортопедической работы. Если у вас больше, чем 25-30% от общей стоимости ортопедической работы, то это не очень хорошо. При цене металлокерамической одиночной коронки 8000 рублей, стоимость работы зуботехнической лаборатории составляет примерно 2000-2400. Если мы будем рассчитывать плановые финансовые показатели работы врача-ортопеда, то возьмем цифры терапевта, умножим на 1,4, прибавим 30% денег зуботехнической лаборатории и таким образом финансовый план врача-ортопеда в среднем ценовом уровне будет составлять примерно 604 800-846 720. Это деньги, которые должен сдавать ортопед в клинике среднего ценового уровня.

Почему коэффициент 1,4 по сравнению с терапевтом? Потому что, во-первых, скорость сдачи врача-ортопеда ниже, чем у врача-терапевта; во-вторых, количество повторных визитов по окончании работы у ортопеда всегда больше, чем у терапевта, причем это повторные визиты, которые не приносят финансового дохода и результата. Процент дефектуры у врача-ортопеда всегда больше, чем у терапевта. И процесс консультации у врача-ортопеда всегда занимает гораздо больше времени, чем у врача-терапевта. Консультация ортопеда составляет 2-3 посещения.

Когда нам интересен ортопед, и какая нам интересна зуботехническая лаборатория с точки зрения рентабельности услуг? Ортопед-стоматолог интересен для клиники всегда, когда он загружает объемом работы врачей других специальностей, то есть терапевт, подготовка к терапевтическому лечению, профилактические мероприятия, парадонтолог-хирург, имплантолог, ортодонт.

Например, в клинике работает терапевтическое отделение, в котором работает 7 врачей-терапевтов, и каждый врач-терапевт сдает в среднем примерно 400-450 тысяч рублей. Средняя выручка составляет по терапии на 3-х креслах примерно чуть более 3-х миллионов рублей. И рядом с ними работает врач-ортопед, который сдает ежемесячно 700 000 рублей. Зачем этой клинике нужен этот ортопед? Зачем ортопедия, если дефектура будет гораздо больше? Если ортопед зарабатывает 700 000 рублей, то 700 000 минус 30% стоимости лаборатории составляет 510 000, то есть он зарабатывает столько же, сколько и терапевт. Но гораздо больше времени затрачивается на переделки, повторные визиты и т.д.

Вы все знаете, что такое ортопедия и что на сегодня 80% всех дел, которые есть в судебной стоматологии, они все связаны с ортопедией.

Если этот ортопед не взаимодействует и не обеспечивает установку имплантологов хотя бы 20-25 имплантантов, если он не обеспечивает работой парадонтолога и не обеспечивает загрузку терапевтов подготовкой к протезированию, то я его уберу из клиники. В этой ситуации вообще не выгодно заниматься ортопедией. Нужно, чтобы он либо зарабатывал деньги, либо чтобы он обеспечивал загрузку других врачей, иначе его прием для клиники автоматически становится нерентабельным.

Таким образом, устанавливая каждому подразделению и каждому сотруднику-врачу индивидуальный финансовый план, мы с вами получаем некие цифры. У терапевтов это цифры, которые я показал на примере среднего ценового уровня 302 400, 423 360, 700 000 рублей, 1 млн. рублей. Считаем дальше. Стаж работы врача влияет на установку плановых финансовых показателей? Безусловно, да. Если у меня врач работает в течение длительного промежутка времени, то его эффективность времени должна быть выше. Допускается отсутствие плановых финансовых показателей для врача в течение испытательного срока, продолжительность которого определяется руководителем медицинской службы. Я должен понять, насколько он может эффективно и хорошо работать, прежде чем нагружать его финансовыми показателями. И я допускаю, что может быть этап, когда финансовый план врачу не выставляется ни при каких обстоятельствах и при определении желаемого дохода клиники, возможно повышение плановых показателей врачей и подразделений на определенный процент. Допустим, я могу заранее поставить более высокие цифры.

Например, график работы клиники, количество кресел по специализации, количество рабочих часов по специализации и загрузка времени приема по специализации. Допустим, клиника работает 12 часов в будние дни и 6 часов в выходные дни. По терапии количество кресел 3, количество рабочих часов по специализации соответственно каждое кресло занято 2,33 ставки. Устанавливается средний плановый показатель. Есть показатель 362 880 рублей: берем минимальные деньги, которых может достигнуть врач-терапевт 302 400, максимальные деньги, которые может достигнуть терапевт 423 360 и разделить их пополам. В итоге: у меня 7 ставок и я предполагаю, что каждая ставка будет приносить вот этот результат. То есть 2 540 160 эти 7 терапевтов, которые каждый месяц работают на ставку, абсолютно спокойно могут принести клинике.

И тут же можем определить максимальный показатель. Но, к сожалению, так не бывает, чтобы все 7 были «золотые». 423 360 – это максимальная цифра, умножаем на 7 и получаем 2 963 520. Это максимальный финансовый оборот терапевтического отделения клиники. И его можно достигнуть, если изменить цены в большую сторону. Получается три цифры: самый плохой результат 2 116 800 (302 400), средний результат 2 540 160 и высокий результат 2 963 520.

Могут ли врачи, достигающие разных финансовых результатов, получать одинаковый процент с оборота? Нет. Как процент с оборота зависит от стажа работы врача клиники? Никак. Чем больше врач работает в клинике, тем больше он имеет нематериальных мотиваций сотрудников. С точки зрения материальной мотивации, что врач проработал 15 лет, что 2 месяца после испытательного срока, перед ними ставится единая финансовая задача. Более того, врачу, который работает долго, задача может ставиться больше. А сколько ему тогда платить? А если он не заработал 302 400? А если он заработал больше, чем 302 400, то что?

Например, закончился у доктора месяц, и он сдал 250 000 рублей, либо другой сдал 350 000 рублей, а также по 400 000, 450 000 рублей. У нас есть 4 разных врача. Допустим, мы этим врачам платим просто 20% с оборота. И они соответственно получают 50, 70, 80, 90 тысяч рублей. Допустим, мы введем показатель плавающего процента на финансовый план. Хорошо, когда выполняется финансовый план 362 880 и 20% от него. При невыполнении плана идет понижение процента. Если не выполняет финансовый план и идет ниже этих цифр, то еще понижается процент. Если выполняется больше, то процент повышается. И процент колеблется 18, 19, 20 и 22.

Например, у меня было 50, я план не выполнил, и стало 45; было 70, план не выполнил, стало 66,5; было 80 и стало 80; было 90, стало 99. Кого стимулирует такая система? Только тех, кто работает хорошо. Потому что разница ощутимая, 10 000. Я никогда не работал по этой схеме, я ее считаю абсолютно бестолковой. Потому что я не вижу здесь особых желаний напрягаться. Поэтому, когда я вводил систему повышения и понижения на первом этапе и были завязаны только на финансовые показатели, то я вводил следующее: план выполнил - 20%, не выполнил план – 16%, а если совсем не выполнил, то 14%. Три месяца не выполняешь эти цифры, то я ищу другого врача вместо тебя. А дальше 22%. И посмотрите, какие цифры: план выполнил – 50; не выполнил – минус 15; 70 и 56. Есть стимул к выполнению плана в этой ситуации? У этого врача всегда есть стимул работать хорошо, потому что если он так работает, то для него вот это уже не имеет решающего значения. Он работает, потому что он привык хорошо работать и по-другому не может. А врачи, не выполняющие финансовую задачу, имеют стимул.

Та же ситуация с ортопедами на двух ставках. Допустим, моделируем ситуацию, не 2,33, а 2 рабочих ставки. Средний плановый финансовый показатель врача-ортопеда составляет 725 760. Мы ждем от ортопеда 1 451 520, то есть от двух ортопедов мы ждем 1,5 миллиона. И получается, что еще на хирургии, в которой мы проводим парадонтологию, хирургическое лечение, имплантацию, гигиену, то при эффективной системе взаимодействия медицинской службы, которую мы с вами на первом этапе не устанавливаем. Потому что, когда мы ставим процент с оборота, то ортопед будет отдавать пациентов имплантологу, а если он не будет получать процент с оборота?

Если врач-ортопед получает процент с оборота со своего, который он зарабатывает ежемесячно, он начинает делать следующее, если вы ему установили финансовый план: если в этом месяце он выполнил финансовый план, он начинает откладывать работу на следующий месяц, чтобы и в следующем месяце выполнить финансовый план. Он не будет стараться сдать как можно больше. И он всегда будет смотреть в сторону бюгельного протезирования, если только сам врач-ортопед не занимается имплантацией, но он не может одновременно заниматься имплантацией и хирургией. Когда врач работает в двух специализациях, то вы должны четко разделить для него, когда и чем он занимается и ставить ему финансовый план на ортопедический прием отдельно, на хирургический отдельно. И в этом случае он, как ортопед, заинтересован в своей загрузке, как имплантолога для выполнения плана по имплантации.

Если хирургию полноценно загружают ортопеды, то соответственно терапия и хирургия сама себя загружают, то выручка хирургического кабинета в клинике на 5 кресел должна составлять около 1,5-2 миллионов рублей. Если в вашей клинике при 5-ти креслах 1,5-2 млн. рублей не дает хирургия, то значит ваши врачи-ортопеды не видят имплантологов.

Мы с вами рассмотрели одну только простую схему, учитывающую финансовые показатели, но не учитывает показатели качества работы: финансовый показатель с постановкой финансового плана и без постановки финансового плана. На сегодня схема «процент с оборота» работать не может, но работает в 90% стоматологических организаций. Потому что система мотивации выстраивается через систему диагностики и систему подготовки и обучения работы персонала в данной схеме. Когда мы говорим, что хотим работать на неких показателях эффективности и достигать некие результаты работы клиники, мы всегда в первую очередь должны думать не о системе оплаты, а мы должны думать, что мы хотим получить через эту систему оплаты. Иначе мы всегда будем подстраиваться под систему оплаты и под людей, которые на ней работают. Проблема заключается в том, что мы не отслеживаем индивидуальные маркетинговые показатели, групповые маркетинговые показатели, индивидуальные и групповые медицинские показатели, а если и отслеживаем, то это никак не связано с системой оплаты труда сотрудников, либо связано незначительно, что сотрудникам нет интереса выполнять эти показатели с материальной точки зрения. У нас система оплаты и работы идут в клинике отдельно друг от друга.

Предыдущий блог и то, что говорила Елена Викторовна по поводу совмещенного приема ортопед-имплантолог и то, что сказал Александр, если врач ведет терапевтический прием, ортопедический и имплантологический приемы, то, как ему рассчитывать процент и план. Ответа на этот вопрос нет, потому что все делают по-разному. Стоимость часа приема на имплантологическом, на ортопедическом, на терапевтическом и хирургическом приемах абсолютно разные. Самое главное, руководитель должен понимать, сколько часов в месяц врач занимается терапевтическим приемом, ортопедическим приемом и хирургическим приемом.

Я бы здесь разделил прием терапевта и ортопеда, либо терапевта, ортопеда и имплантолога. Есть неудобства с точки зрения пациента, потому что иногда пациент делает одновременно и терапию, и ортопедию. Но вообще терапия и ортопедия не должны делаться вместе, так как к ортопеду должны поступать санированные пациенты. Это даже не в интересах пациента, потому что он хотел быть разом все услуги получить в один прием, но это в интересах руководителя и самого врача. Опыт показывает, что людей, которые умеют одинаково эффективно работать в двух специальностях практически нет. Если человек идеально работает как терапевт, но ортопедией занимается очень долго, а терапией – очень быстро. Единственный вариант, чтобы посчитать эффективность врача, который работает на нескольких специальностях – это разделить время приема. Допустим, с 08:00 до 11:00 он работает врачом-терапевтом, а с 11:00 до 14:00 – врачом-ортопедом. В компьютерной программе открывается два разных расписания. Одно расписание на него, как на терапевта, а второе расписание – как на ортопеда. И система оплаты в каждом расписании идёт отдельная. Я не сторонник того, чтобы врач работал в более чем в двух специализациях. И разделяю эти специализации так, что врач может в понедельник, среду, пятницу – ортопедом, а вторник и четверг – имплантологом.

В чем проблема оплаты с оборота? У каждого сотрудника и у клиники есть 4 типа показателей: 1) индивидуальные маркетинговые показатели; 2) индивидуальные медицинские показатели; 3) групповые маркетинговые показатели; 4) групповые медицинские показатели.

Самое главное: правильно определить показатели, поставить правильно задачу и понять, чего вы хотите достигнуть. Все мы хотим прибыли, но через что? Важно, грамотно считать показатели.

Индивидуальные маркетинговые показатели – это выручка, которая показывает индивидуальную эффективность врача. Чтобы точно посчитать индивидуальную маркетинговую эффективность отработки первичной консультации, нужно до врача правильно донести, что такое отработка и что такое первичная консультация. Я провожу индивидуальное консультирование нескольких клиник. Кто-то из вас планирует провести диагностику клиники, проводить изменение показателей. В этих четырех клиниках я встретил 4 разных показателя первичной консультации.

В одной клинике – это консультация пациента, который обратился впервые в этом году. Например, пациент впервые обратился в этом году 2013-м. В итоге 26 декабря пациент санировался, 5 января 2013 года он приходит в клинику и автоматически получает статус первичного. Я знаю, что в советской и муниципальной государственной медицине на сегодня так и есть. Он пришел просто подправить пломбу, которую я сделал 26 декабря, у меня появляется статус первичной консультации. Если я ему отполировал пломбу, я ее отработал или нет? Денег нет никаких. Какая это первичная консультация, если пациент был 10 дней назад? Ее нельзя считать первичной.

В другой клинике: если пациент не был в клинике 7 месяцев, он автоматически приобретает статус первичного, потому что через 6 месяцев он должен был прийти на профилактические мероприятия, но если он пришел не через 6, а через 7, то мы ставим статус первичного. А если я пациента хорошо полечил, но через 6 месяцев он не смог прийти на профилактический осмотр, а приходит через 7, мне ставят статус первичного, и если я ему что-то полечу, то это показатель эффективности моей работы или недостатка? Я считаю, что это показатель плохой работы. Но если мне ставят задачу первичной консультации, то я однозначно найду, что ему полечить.

Санация по специализации, количество пациентов, пришедших на профилактический осмотр, количество индивидуальных лечений с высокой стоимостью – это показатели индивидуальной маркетинговой работы врача.

Групповой маркетинговый показатель хорошо работает в больших клиниках - это выручка бригады врачей. Допустим, работает большая клиника, в которой работает 20 врачей, все врачи разделены на бригады, за врачом-ортопедом закреплено 2 врача-терапевта и 1 врач-хирург-имплантолог. Люди работают в бригаде и их групповой маркетинговый показатель, выручка врачей напрямую влияет на его заработную плату (бонус, надбавка, премия и др.). Будет он стремиться загружать работой специалистов своей бригады или он будет «тянуть одеяло на себя»? Он уже будет заинтересован в том, чтобы не пациент сходил к ортопеду и не протезировался, а, чтобы пациент пошел к ортопеду и выполнил работу в целом у ортопеда, потому что это влияет на показатель выручки бригады врачей, если вы устанавливаете этот показатель как качественный показатель работы клиники. И это позволяет получить максимально эффективный результат бригады, обеспечить равномерную загрузку врачей в бригаде и позволить врачам выполнить свои качественные показатели. Потому что, если я, будучи врачом-терапевтом, направляю пациента к врачу-ортопеду на консультацию, то врач-ортопед тоже понимает, что ему не только нужно запротезировать этого пациента, но и обеспечить меня, как члена его бригады подготовкой к протезированию для того, чтобы бригада выполнила поставленную перед ней финансовую задачу.

Выручка клиники в целом – это показатель, который хорошо работает в небольших клиниках, потому что в них поставлена работа по семейному принципу. Собрались 5-6 человек и все вместе сказали: «Ребята, все вместе заработали, каждый хорошо получил. А если не заработали, то получили кто сколько смог».

Количество пациентов, выполнивших рекомендованный план лечения врача и оплативших его в срок, то есть медицинский маркетинговый показатель.

У меня изменился договора, причем каждому пациенту составляется рекомендованный план диагностики и рекомендованный план лечения. Потому что есть 2 понятия: согласованный план лечения и рекомендованный. Рекомендованный план лечения – это план лечения, который планирует выполнить доктор. Согласованный план лечения – это план, который решил выполнить пациент и он отличается от рекомендованного плана лечения врача в меньшую сторону, чем больше пациентов, выполнивших рекомендованный план лечения врача и оплативших его в срок. Это является маркетинговым показателем эффективности. Это говорит о том, что врач умеет продать полный план лечения в полном объеме и получает очень хороший результат с продаж. И в то же время это является медицинским показателем эффективности, потому что врач выполняет лечение в полном объеме и достигает качественного медицинского гарантированного результата и максимально безопасного.

Примеры индивидуальных медицинских показателей: 1) это отсутствие дефектуры в течение определенного промежутка времени; 2) соблюдение медицинских стандартов диагностики; 3) соблюдение медицинских стандартов лечения; 4) грамотное оформление медицинской документации по специализации; 5) выполнение функции лечащего врача (то есть пациент должен довести лечение до конца, либо написать отказ от продолжения лечения); 6) количество пациентов, своевременно выполняющих профилактические осмотры, поддерживающие лечение.

Примеры групповых медицинских показателей: 1) соблюдение междисциплинарных стандартов диагностики; 2) соблюдение междисциплинарных стандартов лечения; 3) соблюдение междисциплинарных стандартов контроля за результатами лечения в отдаленные сроки.

Мы имеем 4 абсолютно разных типа показателей: 2 из них индивидуальные, которые относятся к групповым, маркетинговым и медицинским, и 2 из них медицинские, которые также относятся к групповым и к индивидуальным. И вы выбираете показатели, по которым вы будете работать с врачом в зависимости от того, какие задачи вы преследуете.

Допустим, когда клиника только начинает работать, и когда она заинтересована, чтобы был вал, были деньги. Выручка, отработка консультаций, количество выполненных планов лечения с высокой стоимостью – это три основных показателя. На начальном этапе работы клиники для нас важны показатели индивидуальные маркетинговые, но мы может также ставить групповой показатель маркетинговой выручки клиники.

В момент взросления и развития клиники, какие мы подключаем показатели эффективности? На этом этапе для нас важен процесс. Мне очень важно, чтобы пациента отправляли на консультацию к смежным специалистам, когда в этом есть необходимость. Мне очень важно, чтобы соблюдался стандарт диагностики. Мне очень важно, чтобы соблюдался стандарт лечения врачом. То есть у меня включается понятие стандартов. Меня начинает интересовать процесс лечения, дефектура, и я включаю эту систему показателей в систему оплаты труда врача.

 Что мы с вами делаем на первом этапе, когда нам интересно зарабатывать деньги? Врач говорит: «Сколько в вашей клинике вы будете платить врачу-терапевту?» Обычно же говорят не так. Обычно говорят: «Сколько процентов вы будете платить врачу-терапевту?» Я говорю: «Буду платить 25%» Он говорит: «Хорошо, я согласен работать». – «Подождите, дослушайте меня. Я буду платить 25%, если у вас выручка будет больше чем, условно возьму, 400 тысяч рублей. Если у вас выручки 400 тысяч рублей не будет, я вам буду платить 22%».

Какой показатель я включил? Включил показатель №1? Плюсики ставьте, поддерживайте меня. «Я буду тебе платить 25%, если из десяти пациентов, которые ходят к тебе, восемь будут оставаться после консультации на лечение и шесть из них санироваться в течение трех месяцев». Я сейчас говорю просто так. Не цепляйтесь за цифры. Цифры идут исходя из способностей врачей, которые вы имеете. Может быть, у вас в два раза меньше будут цифры очень хорошими. «Но, если у тебя такой показатель не будет выполняться, ты будешь получать не 25%, а 22%, а если ты не сдашь 400 тысяч, то уже 19%». Понятно, да? Я за каждый показатель с него 3% убираю. «Если из десяти восемь будут оставаться на консультацию – 3%. Из десяти шесть будут санироваться в течение трех месяцев – еще 3%». Таким образом, получается очень интересная система. Я все завязываю на индивидуальные маркетинговые показатели. Он мне говорит: «Сколько у вас платят терапевтам?» – «Тем, которые работают хорошо – 25%». – «А что нужно, чтобы работать хорошо?» - «Сдавать по 400 тысяч рублей в месяц. Из десяти пациентов, пришедших на консультацию, оставлять на лечение восемь, а шесть санировать в течение трех месяцев». – «А если я это не буду делать?» - «За каждый показатель я снимаю 3%».

А есть другая ситуация. Давайте представим другую ситуацию. Почувствуйте разницу. Вы ее очень быстро и хорошо почувствуете. Врач приходит на работу и говорит: «А сколько у вас платят врачам-терапевтам?» - «Так-то платят 16%, но если ты сдашь 400 тысяч, то будут платить 19%. Если из десяти восемь оставишь после консультации, то будут платить 22%, если из восьми шесть у тебя будут санироваться в течение трех месяцев, то будет 25%».

Как вы думаете? Напишите просто для себя. Когда он не устроится к вам на работу и выйдет на улицу, сколько он всем остальным скажет, что у вас платят 16% или25%? Конечно, он скажет 16%. А если вы ему скажете: «Я плачу 25%, но плачу хорошим врачам», он скажет, что там платят 16%? Нет, он скажет, да, не платят вообще. Если я скажу, что плачу 25%, у меня хорошие врачи сдают 400, из десяти восемь остается и из восьми шесть санируется. «Вы хороший врач?», - спрошу я у него. Как вы думаете, он выйдет на улицу и скажет, что там платят 25%, но я лох, я там работать не буду. Он никогда в жизни такого не скажет. Он скажет: «Там платят 25%, но меня не устроило». Почему? Он никогда никому не скажет. «Потому что там так много требуют, а мне надо, чтоб не заморачиваться. Мне надо, чтобы мне просто 25 платили и все». Но вам же надо ставить качественные показатели. Другой вопрос, когда вы должны вводить эту систему оплаты.

Давайте представим теперь другой параметр. Мы отработали эту систему, мы повзрослели. Мы уже понимаем, что научились деньги зарабатывать, у нас все хорошо. Наступает следующий этап в жизни. А следующий этап жизни у нас с вами заключается в чем? Мы уже хотим работать все вместе. Интересна ли вам та ситуация, когда хороший доктор работает сам на себя и зарабатывает 400 тысяч рублей? Интересна. Но вам это интересно только в том случае, если рядом с этим хорошим терапевтом не сидит ортопед, у которого вообще нет работы, и хирург к вам не приходит во вторник и в пятницу на пациентов, которых к нему назначат. Я точно знаю, что у кого-то такая ситуация есть, ну или близко к этой. Почему получается такая ситуация? Потому что на этом этапе у нас работает всего одна группа показателей – индивидуальные маркетинговые. Что нам нужно сделать для того, чтобы у нас работали групповые маркетинговые показатели? Поменять систему. Каким образом я меняю систему? Допустим, я этому доктору говорю: «Слушай, ну, ты, красавец вообще! Ты все показатели отрабатываешь. Все здорово, все хорошо. Молодец! Самое главное, что клиника от этого счастлива тоже хотела бы быть. То, что ты эти показатели отрабатываешь – это уже само собой разумеющееся. А теперь я тебе 25% буду платить». Причем это нужно делать не через месяц, не через два. Как правило, система «%минус %» либо «%плюс %» работает в том случае, если ей уже не менее полугода до года. Иногда даже больше, в зависимости от того, на какой стадии развития находится клиника. А теперь включаем групповые показатели эффективности. «То, что ты умеешь зарабатывать – это уже здорово». Он уже умеет зарабатывать деньги. Он от своих денег откажется? Никогда не откажется. А дальше мы ему говорим: «Мы продолжаем тебе платить 25%, систему оплаты не меняем. Но мы платим тебе 25% в том случае, если ты зарабатываешь, загружаешь работой ортопеда и имплантолога, потому что, если ты их не загружаешь, мы платим тебе 22%, соответственно, если у тебя нет выручки. И если у тебя количество пациентов, выполнивших рекомендованный комплексный план лечения в срок составляет не менее 30-40%. Если у тебя такого количества пациентов нет, то мы тебе платим 19%. Меньше 19% я уже тебе платить не могу, потому что ты-красавец, а таким я меньше платить не могу». Я ему оставляю 2 показателя. Он уже вырос и остальные показатели он достигает сам. У него уже все хорошо.

Когда я понимаю, что маркетинговые показатели «не так чтобы понимает, что он их никогда не получит, а мы платим 25». Если ты, как специалист, на это неспособен, то там есть нюансы. Их не обсудить за трехчасовой семинар, потому что там много «но». В групповой работе вообще много «но». Когда будете проводить диагностику клиники, вы очень четко для себя выявите потребность в обучении. Очень четко и очень во многом. Вы думаете я просто так работаю по этим темам, которые у меня есть на семинарах? Они вообще у всех болят. Примеры индивидуальных медицинских показателей, а дальше, когда человек отработал год или два, что мы можем посмотреть? Мы можем посмотреть дефектуру, соблюдение медицинских стандартов диагностики, оформление медицинской документации. Мы можем и раньше посмотреть, в зависимости от того, насколько нам это нужно и что для нас является важным на этом этапе развития клиники. Соответственно, мы можем посмотреть пациентов, которые к нему приходят на профилактические мероприятия, потому что, когда он устроился на работу, мы их не увидим, а через полгода нам сам бог велел.

Представьте, он в первые 2-3 месяца санировал 30 человек. К нему через полгода из них пришло трое. О чем мы разговариваем? О какой эффективности работы его как специалиста? Появляется новая достаточно большая группа показателей – индивидуальные медицинские показатели. Есть примеры групповых медицинских показателей – это соблюдение междисциплинарных стандартов диагностики, междисциплинарных стандартов лечения и междисциплинарных показателей работы в целом, почему, собственно, клиникам и нужны стандарты междисциплинарного лечения. Вообще стандарты всем нужны, но тем не менее, мы с вами понимаем, что частная медицинская организация обязательно имеет два типа показателей:

1. Медицинские показатели
2. Маркетинговые показатели.

Не может медицинская организация, оказывающая платные услуги не учитывать маркетинговые показатели эффективности работы врача и не может учитывать только маркетинговые, не уделяя внимания качеству медицинских услуг. Дальше возникает одна очень простая задача. Клиника должна провести в различные периоды жизнедеятельности разные задачи. Соответственно, важно показателей меняется. Задачами клиники могут быть*: сохранение и привлечение новых клиентов через консультацию*.

Для всех клиник актуальна задача сохранения и привлечения новых пациентов через консультацию. Поставьте мне «плюс» или «минус», т.е. «плюс» для всех, «минус» не для всех. Вообще никакого вопроса нет. Все думают, что для всех, а на самом деле нет. Кто-то уже из тех, кто присутствует на семинаре, очень четко для себя это понял. Вы обеспечили вход 150-200 первичных пациентов в клинику. Да ему и не надо их отрабатывать. Он их принимает по 1-2 раза. Вы ему такой поток обеспечили, что он и без этого деньги зарабатывает. Он плевать хотел на сохранение пациентов, на привлечение новых пациентов через консультацию, потому что в вашей клинике настолько успешно работает внешний маркетинг руководителя, что врачу оставлять пациентов у себя неинтересно. Вместо 15 первичных консультаций он имеет 30-40. Будет он оставлять их в такой ситуации? Да наплевать ему. Я отвечу сейчас на все вопросы.

Тогда возникает вопрос опять, а на каком этапе интересно сохранять и привлекать новых пациентов? Представьте, клиника только открылась, а потока нет. Или представьте ситуацию – Сергей задает вопрос – 30-40% пациентов клиники – страховые по ДМС, и врач не мотивирует наличных клиентов, в т.ч. и первичных, добытых с трудом. А чьи проблемы-то? Проблема у руководителя. Самые простые проблемы руководителя. А сколько его будут обеспечивать? Когда его принимают на работу, его принимают на ДМС поток. Всегда так делают. Когда врача не знаешь, его всегда принимаешь на ДМС поток. Вот он работает на ДМС потоке. Кто ему рассказал, сколько времени он будет сидеть на ДМС потоке, как его ему будут сокращать и что будет, если через полгода у не будет 50% наличных пациентов. Это его показатели эффективности. Вы ему дали ДМС поток, он у него прет по полной программе. Он понимает про себя, что этот поток бесконечный, и он с этим бесконечным потоком бесконечно будет работать, вы же у него его не забираете. А почему вы у него не забираете? Вы же заранее с ним не договорились. Он и будет сидеть в шоколаде на этом ДМС потоке. Ему не надо утруждать себя с точки зрения отработки первичной консультации, оставаемости пациента. Договора ДМС заключает руководитель. Он их всегда заключит, всегда даст пациентов. Платите ему 10 % за ДМС-пациента и 20% за наличного и посмотрите, как он будет работать. Если он уйдет – пусть уходит. Это говорит о том, что в жизни ему больше ничего не надо. Это говорит только об этом. На самом деле, когда вы создаете одинаковые условия для работы пациентов с разным типом, по-разному достигается с точки зрения.

У меня в клинике на сегодняшний день ежемесячный оборот ДМС-пациентов 1,5 миллиона. Как вы думаете, сколько терапевтов можно обеспечить этой работой из 7? Это все деньги терапевтического приема. Четыре терапевта в шоколаде. Им не нужны наличные пациенты вообще. Только один вопрос. Я всегда держу врачей на ДМС, потому что все знают, что поток ДМС через год сократится на столько-то и ему нужна своя наличная база, через два – на столько-то, а через три у него вообще не будет ДМС-пациентов. Ему нужно работать только на наличных, иначе его не будет в клинике. Так, о чем мы говорили до того, как переключились на ДМС?

Есть показатели, которые для клиники актуальны, а есть такие, которые неактуальны. Если у вас в клинике на сегодняшний день входит первичных пациентов на 5-6 врачей, они никогда в жизни их не будут отрабатывать, если вы им не поставите показатель отработки пациента в показатель, который напрямую будет влиять на их заработную плату. Задача клиники – внедрение новых технологий и повышение активности работы с имеющейся базой пациентов.

Что такое повышение активности работы с имеющейся базой пациентов? Это опять проблемы, с которыми мне приходится сталкиваться практически везде. Вы говорите врачам: «Вы должны приглашать пациентов на профилактические осмотры». Вам нужны пациенты на профилактические осмотры? Что там смотреть? Каждому пациенту необходимо выполнять профилактические мероприятия! Чего он будет просто так ходить смотреться, я понять не могу? У вас получается: «Твоя задача довести пациента на профилактический осмотр». Хорошо. 20 пришли на профилактический осмотр, из них гигиену сделали трое. Зачем он их приглашал, я понять не могу? О чем это говорит? Это говорит о том, что он не показал пациенту необходимость, важность и своевременность прохождения профилактических мероприятий, которые позволят сохранить результаты лечения. Когда он это должен был сделать? Он должен был это сделать в процессе первичной консультации, на этапах первичного лечения. Он постоянно должен был заниматься сам просвет работой. А он этого не делал? Не делал. А почему? Потому что не знал, что с него этот показатель будут спрашивать. Или знал, но не придавал большого значения. Либо третий вариант, что чаще всего встречается: он не умеет убеждать, грамотно объяснять и информировать. Он просто не умеет. Я все время встречаюсь с руководителями, мне говорят: «К нам 55% пациентов регулярно приходят на профилактические осмотры». Я их спрашиваю: «Вот вы сейчас со мной о чем вообще разговариваете? Вы мне скажите, сколько из них регулярно делают профилактические мероприятия? Потому что первый показатель, который вы мне называете – приход на профосмотры – это показатель процесса, который денег не приносит, а второй показатель – это показатель результата, того, что приносит деньги и позволяет пациенту сохранить гарантийные результаты лечения. Правильно?» Правильно.

Что такое повышение активности? Приход на прием – показатель процесса или получение услуг? Конечно получение услуг. Поэтому ключевые этапы целевого управления

(Вопрос) У нас гигиенисты – отдельное звено. Что делать терапевтам? Сейчас я отвечу на этот вопрос. На самом деле у вас маркетинговая служба должна работать намного эффективнее, чем в клиниках, где нет гигиенистов. Сейчас отвечу.

Таким образом, подведу итог. У меня последний слайд, если я не ошибаюсь, или почти последний. Это мы с вами обсудили. Здесь три показателя работы и эффективности, то, что нужно ставить максимальный процент и убавлять, а не минимальный и прибавлять – это совершенно точно.

Последнее, что я хотел сказать по этому вопросу. Дальше я отвечу на ваши вопросы.

Ключевые этапы целевого управления по показателям – это первое, что вы должны сделать. По сути это подытоживает всю нашу трехчасовую беседу, которой у нас будет три или даже немного больше.

1. Нам необходимо провести грамотную диагностику необходимости изменений. Что мы для этого должны сделать? Мы должны четко посмотреть показатели, которые нас интересуют. Даже те показатели, которые я написал на слайдах, их вполне достаточно, чтобы настроить успешную работу клиники.
2. Мы должны эту информацию определенным образом полноценно донести до сотрудника, для того чтобы идентично, абсолютно одинаково понимать ситуацию. Если мы это понимаем, как «плохо», а он – как «хорошо», то никакого толку не будет. Для него может быть все «хорошо», поэтому я уже два года как сторонник, чтобы врачей сравнивать с другими врачами. У меня все врачи знают, на каком они месте в системе показателей. Все врачи знают. И я знаю точно, что после того, как я это сделал – так как позицию определяет руководитель показывать-не показывать – показатели эффективности увеличились у всех.
3. На этом этапе нам необходимо определить то, чему их надо научить, если они этого делать не умеют, и насколько это обучение позволит сотруднику изменить показатели эффективности для достижения положительного результата. Я всегда говорю, никогда не нужно учебу проводить просто так. Когда вы приглашаете на учебу лектора, вы четко понимаете, на какие показатели работы это обучение должно повлиять, и что вы в итоге хотите получить от лектора. Не надо приглашать на семинар и говорить: «Научите наших врачей проводить консультацию». Я научу. Я могу научить так, что все будут оставаться после консультации, но никто не будет санироваться. Научу проводить консультацию так, что у них первое посещение будет стоить 10 тысяч рублей, а второго посещения не будет. Я могу научить проводить консультацию так, чтобы через 2-3 посещения пациенты никуда не девались ни через полгода, ни через год. Все зависит от того, какие показатели вас интересуют. Соответственно, и провести такое обучение.
4. Необходимо провести контроль, аттестацию по результатам обучения. Обучение провели, а поняли ли они эту информацию или нет – это очень большой вопрос.
5. Внедрить результаты обучения в практическую деятельность сотрудника. Он должен начинать работать. Здесь я всегда рекомендую поступать следующим образом. Если вы меняете систему мотивации сотрудника и перестаете ему платить, как было раньше. Никогда не делайте это сразу. Перестраивайте систему постепенно. Если вы это сделали постепенно, обязательно постарайтесь сделать так, чтобы в течение трех месяцев после того, как все уже готовы, у человека система оплаты не менялась, но он получал 2 листа расчета. В первом листе расчета у него будет так, как у него есть сейчас. Во втором – как будет через 3 месяца с учетом той системы оплаты, которую вы хотите внедрить. Дайте срок хотя бы 3 месяца, чтобы он мог привыкнуть к новой системе, потому что изменений боятся все, но тот, кто не меняется – тот медленно умирает. Особенно сейчас. Последние 2-3 года это очень актуально.
6. Гибкое изменение системы мотивации. Не надо делать все сразу, это можно делать постепенно. Не надо их сразу грузить большим количеством показателей. Все можно сделать постепенно, медленно, полноценно и хорошо.

Поехали. Я отвечаю на вопросы. Сейчас поднимусь на самый первый, который был. Александру я наверно, ответил по специализациям, как знаю. Специализации необходимо разделять и лучше, если врач работает в двух специализациях.

(Вопрос) Как платить главному врачу?

На самом деле есть различные системы оплаты главного врача: оплата, оклад и вилка. Например, вы определяете качественные показатели работы главного врача. Например, одним из качественных показателей работы главного врача может быть оборот клиники. Допустим, мы можем говорить, что при обороте клиники в 5 кресел – 4-5 миллионов рублей – это средний оборот города-миллионника на пяти креслах, который должен быть во всяком случае – мы платим главному врачу зарплату, например, 100 тысяч рублей. Если оборот клиники меньше плановой цифры, то мы платим ему 50 тысяч. Если больше, там можно ставить градацию: 110, 120, 130 тысяч. В этом случае мы его завязываем на оборот. Также мы можем прибавить надбавки или убрать деньги по медицинским показателям.

Нужно очень четко определить показатели эффективности работы главного врача. У него тоже есть качественные показатели эффективности работы, по которым вы оцениваете главного врача. Можно платить процент с оборота. Никогда не надо платить процент с прибыли. Опять же, все, что я говорю – это моя позиция, потому что на процент с прибыли я не влияю. На оборот я еще могу как-то повлиять как главный врач, на процент с прибыли я, как главный врач, повлиять могу только косвенно. Если вы, как руководитель, как директор или собственник решили купить микроскоп и уменьшили прибыль, а он мне не нужен был, то какое право вы имеете мне платить процент с прибыли – процент с оборота.

(Вопрос) Как оплачивать детский прием?

Также, как и все остальные виды приема, выставляя качественные показатели эффективности детским стоматологам.

Кстати, мы с вами не обсуждаем такие показатели, как эффективность часа рабочего времени, пациенты по рекомендации к доктору. Показателей на самом деле много: соблюдение междисциплинарных стандартов в направлении от детского стоматолога к ортодонту нуждающихся, ортодонограммы. Показателей много. Система оплаты точно такая же. Индивидуальные показатели, групповые, медицинские и маркетинговые, т.е. те показатели, какие вы, скажем так, считаете нужными на данный момент.

(Вопрос) Кто и как считает все эти показатели?

Это самый простой и самый сложный вопрос, потому что все эти показатели считают 2-3 человека в зависимости от того, какие это показатели. На маркетинговых показателях сидит отдельный человек. Это может быть старший администратор, кто-то еще. В зависимости от того, какие основные функции несет этот человек, все медицинские показатели, все параметры работы с точки зрения медицинской службы несет полностью на себе главный врач, поэтому я уверен в том, что и я утверждаю это всегда и говорю с уверенностью на 100%, что главный врач клиники на 5 кресел на приеме может работать не более 2-3 дней в неделю по полдня. В клинике на 5 кресел у главного врача уже есть очень большой объем работы, которой ему необходимо заниматься. А у нас вся беда заключается в том, что главный врач – это специалист, который лопатит и зарабатывает деньги по полной программе. Если у вас главный врач не хочет уходить с приема, работать 2-3 дня в неделю, заниматься клиникой полноценно и являться помощником руководителя, убирайте его либо с должности главного врача, либо с приема. У вас других вариантов нет никаких.

(Вопрос) Если 30-40% пациентов объема клиники – страховые по ДМС, и врач не мотивирует наличных пациентов, в том числе и первичных, добытых с трудом, желая заработать свой полтинник на страховых. Как таких мотивировать? Душеспасительные беседы, вы правильно подметили, псу под хвост.

Сергей, есть ролик на YouTube-канале. Я не помню, как он называется, но, если напишете письмо, я вам сообщу. Все сотрудники делятся на 4 группы, и там об этом говорится. Вы сейчас говорите про сотрудников, которые называются там «может, но не хочет». Если сотрудник «может, но не хочет», у вас есть всего 2 пути. А я так понимаю, он может, просто не хочет. Если он не мотивирует, потому что не умеет, вам необходимо его этому научить. Если он не мотивирует, потому что не хочет – ему своего полтинника хватает – у вас есть первый вариант. Вы должны создать систему мотивации такую, чтобы он захотел, чтобы он не зарабатывал свой полтинник – это то, о чем я сейчас говорю. Второй вариант – у вас нет других вариантов кроме, как с ним расставаться и принимать нового. Всегда очень комфортно люди себя чувствуют в клиниках, где нет системы конкуренции. Я всегда говорю: «создавайте внутри клиническую систему обучения, обучайте людей для того, чтобы они понимали, что всегда есть возможность их кем-то заменить. Он думает, что поток бесконечен. Предоставьте ему возможность так не думать, оградите его от пациентов, посмотрите, что он вам скажет.

(Вопрос) У нас гигиенисты отдельное звено. Что делать терапевтам?

На самом деле это очень большой вопрос. Терапевты не заинтересованы в том, чтобы пациенты к ним приходили регулярно, чтобы сохранять пациентов. Они постоянно выполняют достаточно непростые работы: эндодонтию, реставрацию и все, что связано с этим. У них нет времени отдыхать. Несмотря на то, что работа терапевта вообще по определению рутинная, она становится еще более рутинной, потому что у него нет времени отдыхать, т.к. нет возможности делать гигиену. Итак, первый вариант: в системе мотивации врач-терапевт должен получать – это опять же моя позиция – деньги со своих пациентов, которые приходят на гигиену к гигиенистам. Если мои пациенты, как врача-терапевта, приходят на гигиену, то вы должны мне заплатить. Гигиенисту надо платить намного меньше, чем врачу. Есть гигиенисты, которые говорят: «Пусть тогда врачи гигиену и делают». Разрешите гигиенистам делать первичную гигиену так, как это сделал бы гигиенист, а все повторные гигиены делал бы врач-терапевт. Ваши терапевты с удовольствием будут приглашать пациентов к себе на профилактические осмотры, потому что это деньги, которые будут очень легко зарабатываться. В этом случае врач-терапевт будет заинтересован в том, чтобы сохранять с пациентом пролонгированный контакт в течение долгого промежутка времени, и он будет ценить, что пациент ходит в клинику регулярно на проведение гигиенических процедур. Кроме того, в ситуациях, когда гигиенисты – отдельное звено, поток пациентов врачу-терапевту вы должны обеспечить больший, потому что загрузка повторными пациентами у них намного меньше, чем у врачей, которые делают гигиену самостоятельно. Если не ответил на вопрос, задайте его еще как-то тогда.

(Вопрос) Если ставить максимальный процент и убавлять, получается потолок. Если врачи работают по системе, я опять возвращаюсь к лекции по ценообразованию для врачей. Если врачи понимают, что есть система, которая предусматривает затраты, и он понимает, что никогда в жизни в этой клинике от оборота, каким бы он ни был, не сможет зарабатывать больше, чем столько-то, максимальный процент с этого оборота такой-то. Он должен понимать, что в процентном соотношении у него будет потолок, но у него безграничные возможности по зарабатыванию денег по одной простой причине, потому что, если клиника будет работать эффективно по всем основным показателям и иметь загрузку более 90%, что является прямым поводом для повышения стоимости, то работая столько же, врач будет получать больше в абсолютных цифрах. Врачей нужно учить считать не проценты, а деньги. Будет потолок в процентах, но никогда не будет потолка в деньгах.

(Вопрос) Показатель выполнения комплексного плана лечения включает показатели отработки первичной санации, если считать от количества первичных пациентов? Честно говоря, да. Они все в себя включают. Не надо эти показатели рассматривать все вместе. Меня не интересует, сколько он отработал, меня интересует количество санированных человек, вылеченных диагнозов. Допустим, к нему вошло 100 диагнозов, он вылечил 70. Ну и что, что у него из 10 трое ушло, а осталось 7, работает-то он эффективно. Это показатели, которые имеют разную значимость. Вы поймете, когда полноценную диагностику по клинике проведете.

(Вопрос) Как можно посмотреть запись вебинара? Ссылку на запись вебинара я вам пришлю завтра до 12 часов. Внимательно смотрите почту. Если завтра до 12 часов дня ссылки у вас не будет на почте, напишите мне отдельное письмо. Я записываю, ссылка у меня будет. Завтра в 12 часов у вас должна быть ссылка на повторный просмотр вебинара.

(Вопрос) Как платить хирургу и имплантологу?

 Честно говоря, не знаю, потому что это полностью зависимые люди. Я всегда работал в клиниках, где это было так. Если это только имплантолог, то количество работы зависит от количества установленных имплантов. У хирурга-имплантолога показателем можно считать количество отработанных консультаций, междисциплинарное взаимодействие хирурга и терапевта по количеству пациентов по удалению зуба, которых он направил на санацию, скольки пациентам он сделал гигиену. Как имплантолог он полностью зависим от ортопедов, как хирург – от клиники. Если у вас есть достаточно большое количество пациентов, которые входят с улицы, я бы ставил междисциплинарные показатели эффективности хирурга, т.к. хирург должен обеспечивать работой врачей всех специализаций. Другим показателем совершенства работы хирурга является профгигиена перед плановым удалением. Это один из показателей. У каждого врача может быть своя система оплаты труда. У каждого врача должна быть своя система оплаты труда. Пусть не у каждого. То, что все врачи не должны получать одинаково – это совершенно точно.

(Вопрос) Как платим ортодонту?

Тот же самый вопрос, что и с имплантологом. Ортодонты бывают разные. Есть ортодонт, который обеспечивает работой всех остальных. Есть ортодонт, которого обеспечивают работой. Если работой его обеспечивают другие специалисты, то платим, исходя из индивидуальных показателей работы. Если ортодонт обеспечивает работой, то платим, исходя из междисциплинарных. Если я, как ортодонт, работаю ортодонтом, все пациенты, которые приходят ко мне на санацию, вернее на ортодонтическое лечение, должны получить санацию. В зависимости от того, насколько я загружаю врачей других специальностей клиники, выставляются качественнее показатели эффективности моей работы. Если я, как ортодонт, всех своих пациентов получаю от терапевтов и ортопедов, то вы мне ставите показатель отработки консультации, продажи определенных брекет-систем, которые вам интересны и более высоки по стоимости. И плюс индивидуальные маркетинговые показатели. И, кстати, индивидуальные медицинские показатели. Вы проверяете, что он не нарушает требований клиники по медицинским показателям.

(Вопрос) Если главный врач ведет терапевтический прием, можно ли сделать так, что с терапевтического приема он получает, как терапевт, мотивируя своих коллег, что реально сдавать за час по 2500, а вторая часть его зарплаты в процентах от выполнения плана. Так, главный врач ведет терапевтический прием. Со сдачи терапевтического приема он получает, как терапевт. А вторая часть – процент от выполнения плана всеми специалистами, которых он мотивирует. Запросто может быть. Это групповой маркетинговый показатель.

(Вопрос) Сможет ли главный врач при такой работе выполнять функции главного врача?

Я не говорю, что это надо сделать завтра, но опыт моей работы подсказывает, что, если вы хотите, чтобы ваш главный врач очень быстро стал хорошим главным врачом, прекратите ему платить за прием. Пусть он ходит на прием просто развлекаться. Платите ему только за то, что он главный врач, и вы увидите, сколько времени он захочет проводить на приеме.

На сегодняшний день, к сожалению, система работает полностью в другую сторону. 25 процентов с налогами или без? В зависимости от того, кто и как платит налоги.

Вопрос по ортодонтам актуален – ответил.

(Вопрос) Как лучше платить ортопеду?

Ортодонту, кстати, можно платить также, как и ортопеду за минусом стоимости зуботехнической лаборатории, материалов.

(Вопрос) Как лучше платить ортопеду? С вычитанием из зарплаты зуботехнической лаборатории или платить меньший процент без вычитания?

Я считаю, что платить нужно с оборота для того, чтобы он не выбирал лаборатории с меньшей стоимостью, но, разумеется меньший процент. Если он задаст вопрос, почему ему платят меньше, чем терапевту, нужно показать, т.е. вычесть деньги лаборатории. У него получится больше, чем у терапевта практически всегда.

(Вопрос) Чем тогда должен заниматься руководитель?

Напишите, какой руководитель, я вам отвечу на этот вопрос. Вообще руководитель должен отдыхать и считать деньги. Шучу. На самом деле, если работу у главного врача и руководителя, который занимается непосредственно стратегическим управлением клиники, а может они вместе занимаются, то их работу нужно разделить следующим образом: главный врач – это человек, полностью занимающийся работой с медицинскими показателями, а руководитель в лице директора – человек, который занимается маркетинговыми показателями. Получив результат того и другого, они должны все встретиться и обсудить, чтобы принять стратегическое решение по развитию клиники.

(Вопрос) Может ли главный врач быть не практикующим?

Может. Запросто. Что такое не практикующий? Я в прошлом месяце 4 пломбы поставил, я уже практикующий.

(Вопрос) Как получить ключи по тесту.

Я сейчас вам отвечу. Как только отвечу на все вопросы, отвечу на тест.

(Вопрос) Можно ли приобрести диск с записью вебинара?

Я отвечу на этот вопрос в конце.

(Вопрос) Как вы оплачиваете ассистентам и медсестрам?

Это люди, которые в меньшей степени завязаны на систему маркетинговых показателей. У них очень четко отслеживаются показатели процесса, соблюдение стандартов, в первую очередь медицинских. По индивидуальным медицинским показателям большую часть зарплаты у ассистентов составляет оклад в неизменном виде. Это может быть, допустим, 15 тысяч рублей. 18 тысяч рублей получает ассистент, который умеет одинаково эффективно работать в двух специализациях, 21 тысяча – в трех специализациях, 24 тысячи получает ассистент-универсал, который одинаково хорошо работает на операции имплантации с хирургом, ортопедом, ортодонтом и терапевтом. У меня в клинике из 12 ассистентов таких 3. Ассистент может получать дополнительную надбавку по результатам аттестации. Если интересно, то есть Положение об аттестации среднего медицинского персонала, его можно определенным образом приобрести.

(Вопрос) Какой максимальный процент оплаты для ортопеда экономически оправдан для клиники?

Процент оплаты для клиники всегда зависит от оборота. Чем больше оборот клиники, тем больше может быть процент оплаты, потому что постоянная часть расходов не меняется. Если у вас клиника на 5 кресел зарабатывает 8-9 миллионов рублей, может, у вас у кого-то больше, я тогда искренне радуюсь за вас. Чем больше вал, тем клиника может платить больший процент. Он может быть 30-35. Чем меньше вал, тем меньше процент.

(Вопрос) Готов ли новый пакет документов? Когда можно приобрести?

Сейчас отвечу на этот вопрос.