

О ЧЕТЫХЛЕТНЕМ ОПЫТЕ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА В ЦЕНТРЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ ГБОУЗ «МУРМАНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ П.А.БАЯНДИНА»

ПРОБЛЕМА необходимости увязки уровня зарплаты от объема и качества медицинских услуг с помощью эффективного контракта как новой формы трудовых отношений была поставлена в "дорожной карте"¹, утвержденной в конце 2012 года Правительством России для достижения целевых показателей «майских» Указов Президента.

В МОКБ пилотным подразделением был выбран Центр анестезиологии-реаниматологии (ЦАР), в котором кадровый дефицит на начало 2013 года был один из самых высоких в отрасли: 79% по врачам и 68% по медсестрам! И поэтому переход на эффективный контракт стал, по сути, антикризисной мерой, так как из-за нехватки анестезиологов под угрозой срыва оказалась не только плановая хирургическая активность и оказание ВМП, но и работа всей больницы в целом.

ЧТО БЫЛО СДЕЛАНО?

ПЕРВЫЙ ЭТАП - приведение в соответствие Порядкам. Проведено нормирование объемов медицинской помощи на одно анестезиологическое пациенто-место и на одну койку палат интенсивной терапии и реанимации (ИТиР), а также штатной численности. Расчеты проводили с учетом нормативного показателя работы реанимационной койки (275 дней), рекомендаций по распределению рабочего времени анестезиолога-реаниматолога², по определению потребности в плановых/экстренных операционных столах³ и штатного расписания согласно новому федеральному Порядку оказания медицинской помощи по профилю анестезиология-реаниматология, вступившему в силу в конце апреля 2013 года⁴.

ВТОРОЙ ЭТАП – изменения количественной составляющей. Доходная часть ЦАР поставлена в зависимость от фактических объемов оказанной его сотрудниками медицинской помощи. Сначала на основе штатной численности, предусмотренной Порядком, был рассчитан предельный нормативный фонд заработной платы (тот максимум, который в теории может заработать отделение): экономистами были учтены все 561,5 ставки, рекомендованные Минздравом России на подразделения такой мощности⁵. Затем усовершенствована учетная политика: в контент медицинской информационной системы (МИС «Ариадна») разработаны и добавлены отчеты, с помощью которых на основе показателей фактического времени пребывания пациента в операционной или в палате ИТиР высчитывается показатель, на сколько же столов и коек в заданный период сработало то или иное ОАР. Наконец, узнав, насколько факт столов и коек не дотягивает до их нормативного количества, МИС переводит эту пропорцию на предельный нормативный ФЗП, вычитает зарплату по таблице и высчитывает допфонд для распределения внутри ОАР. По группам должностей

¹ - План мероприятий ("дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения" (утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. N 2599-р, Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N2, ст. 130), распоряжение Правительства Мурманской области от 05.03.2013 №78-РП.

² - п.11, абз.1: рекомендуемое распределение рабочего времени врача анестезиолога-реаниматолога для анестезиологических пособий составляет 70% времени на проведение анестезии и 30% времени на осмотры и консультирование больных в амбулаторных и стационарных условиях

³ - п.11, абз.3: специально оборудованные места для оказания круглосуточной медицинской помощи по профилю "анестезиология и реаниматология" в экстренной форме организуются при потребности в их занятости на проведение анестезии не менее 50% рабочего времени в течение года, в плановой форме - при потребности не менее 70% рабочего времени

⁴ - Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология" (утвержден приказом Минздрава России от 15.11.2012 №919н)

⁵ - В ЦАР МОКБ три отделения анестезиологии-реанимации (ОАР), в которых 30 коек палат ИТиР, включая протившоковые, 26 плановых, 3 экстренных анестезиологических пациенто-мест с преднаркозными палатами и палатами пробуждения.

врачи/сестры/санитарки сумма полученного допфонда делится в пропорции 50/35/20, рекомендованной Минздравом Мурманской области.

ТРЕТИЙ ЭТАП – качественные преобразования в системе оплаты труда, касаемые распределения премиального фонда внутри ОАР. Локальным актом были утверждены показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат (за сложность, интенсивность и качество) и конкретизированы должностные обязанности работников:

- сложность курации конкретного пациента оценивается коэффициентом от 1 до 5, на который впоследствии МИС умножает фактическое время занятости в операционной или в палате ИТиР; при оценке учитываются как тяжесть состояния (например, риск ASA), так и сложность применяемых методик и проводимых манипуляций;
- при оценке интенсивности учитываются норматив количества курируемых пациентов для дневного и дежурного реаниматолога (разница согласно Порядку двукратная), работает ли бригада в полном составе (например, медсестра-анестезист с санитаркой или нет?), а также фактически сложившийся объем сверхурочной работы (в рабочие дни после 15:30, при выходе «с ночи в день», в выходные);
- оценка качества оказанной медицинской помощи устанавливает зависимость уровня оплаты труда от степени достижения качественных результатов основной деятельности (от полноты выполнения стандартов оказания медицинской помощи, отсутствия ятрогенных управляемых осложнений, уровня летальности, соблюдения требований сан-эпид режима до правильности, полноты и своевременности ведения регламентированной документации, оргметодработы, участия в образовательных мероприятиях, работы с кадрами и др.). Показатели отражают, в том числе, удовлетворенность граждан оказанной медицинской помощью и учитывают соблюдение персоналом профессиональной этики, трудовой дисциплины, правил охраны труда и пожарной безопасности.

ВАЖНО: поскольку платформой эффективного контракта является МИС, подсчет баллов осуществляется автоматически, при том, что никаких дополнительных данных персоналу вводить не нужно (что всегда вызывает негативизм): по сути МИС сортирует уже имеющиеся в базе данные из анестезиологических и реанимационных карт. Каждый работник за любой отрезок времени может посмотреть, как оценена в баллах оказанная им помощь по каждому больному: для этого в контенте МИС в открытом доступе есть несколько отчетов.

Таким образом, премиальный фонд, заработанный за отчетный период отделением, распределяется МИС в автоматическом режиме пропорционально набранным баллам за вычетом штрафных санкций и оформляется протоколом ОАР.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА (2013-2016)

1. В ЦАР МОКБ сформированы условия, позволяющие получить конкурентный уровень заработной платы⁶ у врачей, что позволило привлечь квалифицированных специалистов и ликвидировать их отток: за 4 года, даже с учетом вышедших на пенсию и уволившихся по другим причинам, баланс по врачам +8 специалистов, по медсестрам-анестезистам +21 специалист (география – вся Россия и страны бывшего СНГ: из СПб, Севеоложска, Тюмени, Краснодара, Москвы, Беслана, Луганска);

⁶ - В рамках достижения целевых показателей, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597, за счет внедрения в МОКБ эффективного контракта среднемесячная зарплата в ЦАР на одно физическое лицо в 2016 году возросла в сравнении с 2012 годом по врачам в 2,6 раза (с 45 до 118тыс.руб), по м/с в 1,9 раза (с 29 до 56 т.р.) и санитаркам в 2,1 раза (с 16 до 33т.р.) с учетом доплат компенсационного характера за работу в местностях с особыми климатическими условиями (районный коэффициент 50%, надбавка за стаж работы в районах Крайнего Севера - не более 80%)

2. Рост зарплаты напрямую увязан с качеством оказываемой медицинской помощи и трудовой дисциплиной;
3. Предусмотрена дифференциация оплаты труда работников, выполняющих работы различной сложности - врачи мотивированы оказывать помощь более «сложным» пациентам, обучаться и применять современные медицинским методики, использовать ресурсосберегающие технологии: наркоз малыми потоками, проводниковая анестезия, современные методики лечения болевого синдрома (погружные порты, эластомерные помпы и т.д.);
4. Персонал материально заинтересован работать интенсивно (прекратились проблемы с поиском бригады для работы по окончании планового операционного дня в случаях задержек хирургов, «с ночи в день», в выходные);
5. Оптимальной платформой для внедрения эффективного контракта признана МИС, благодаря которой система учета трудозатрат:
 - прозрачна: любой врач может просмотреть в сети информацию по своим трудозатратам по дате, фамилии пациента, количеству баллов и т.д.;
 - достоверна: используются данные, вносимые в первичную документацию (история болезни, анестезиологическая карта и т.д.), и проверяемые медстатистиками;
 - оперативна: отчет в МИС формируется в течение минуты и может охватывать любой отрезок времени: от часа до нескольких лет.

ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

1. Сохранить достигнутое: система распределения зависима от финансовой стабильности учреждения:
 - вынужденное снижение объемов медицинской помощи приводит к снижению доходной части финансирования ОАР;
 - рост доли более тяжелых (= затратных) пациентов приводит к большим расходам;
 - нет гибкого механизма возмещения затрат (прежде всего на расходные материалы), связанных с применением в ЦАР современных технологий: заместительной почечной терапии, ВАБК, ЭКМО, имплантируемые инфузионные порты и т.д.
2. Совершенствовать систему оплаты медицинской помощи, оказываемой по профилю «анестезиология-реаниматология» (самый ресурсоёмкий профиль, самый короткий период устаревания знаний, технологий и оборудования, необходимый собственный тариф)
3. Тиражировать опыт работы в рамках эффективного контракта на взаимовязанные с ЦАР службы: приемный покой, ЦОБ, ЦСО и др.