

Утверждено
Главный врач
КГП на ПХВ «Наурзумская ЦРБ»
Сатмаганбетова Г.Б.



Годовой отчет о деятельности организации
здравоохранения
КГП «Наурзумская ЦРБ»
за 2017 год

п.Карамнды 2018 г.

п.Караменды 2018 год
СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

- 1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)
- 1.2. Стратегия развития (стратегические цели и задачи)

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ (для организации с корпоративным управлением)

- 2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров
- 2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

- 3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)
- 3.2. Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)

РАЗДЕЛ 4. ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ. МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ БЮДЖЕТА

- 4.1. Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)
- 4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе
- 4.3. Отчет об изменениях в капитале
- 4.4. Отчет о движении денежных средств
- 4.5. Оценка эффективности использования основных средств
- 4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

- 5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов
- 5.2. Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.
- 5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.
- 5.4. Безопасность пациентов
- 5.5. Управление рисками в работе с пациентами

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

- 6.1. Основные показатели эффективности HR-менеджмента: обучение и переподготовка ключевых специалистов, текучесть кадров (по всем категориям), удовлетворенность работников условиями труда
- 6.2. Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты труда
- 6.3. Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)
- 6.4. Управление рисками в работе с персоналом

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

- 7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)
- 7.2. Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)
- 7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

1.1 Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение)

Основным учреждением медицинского обслуживания сельского населения является КГП на ПХВ «Наурзумская центральная районная больница». Обслуживает население численностью 11283 человека, в том числе 2187 детей в возрасте от 0 до 14 лет Она обеспечивает сельское население квалифицированной лечебно-профилактической помощью, как стационарной, так и поликлинической. В стационаре КГП на ПХВ «Наурзумская центральная районная больница» организовано комплексное отделение на 23 койки по специальностям: терапия, хирургия, педиатрия, гинекология, для беременных и рожениц, инфекционное.

Поликлиника КГП на ПХВ «Наурзумская центральная районная больница» на 150 посещений в смену. КГП на ПХВ «Наурзумская центральная районная больница» предоставляет следующие медицинские услуги населению района: прикрепление населения к организации, прием врача, обслуживание врача на дому, диагностические и лабораторные исследования, стационарную и стационарозамещающую помощь социально-психологическую помощь, обеспечение бесплатными лекарственными средствами, работают кабинеты ЗОЖ, КЗР. Всего при Наурзумской ЦРБ состоит 1 врачебных амбулатории, 2 ФАП и 5 МП.

Миссия

Улучшение качества здоровья, жизни, работоспособности, долголетия обслуживаемого населения путем предоставления медицинских услуг высокого качества на основе сочетания профессионализма персонала.

Видение

Эффективная и доступная медицинская помощь, отвечающая потребностям населения на основе постоянного развития и улучшения качества услуг.

2017 год в цифрах

- *Количество пролеченных пациентов: 896 – круглосуточный стационар + дневной стационар – 910 человек.*
- *Количество проведенных операций: 32*
- *Доля внедренных международных стандартов: 80%*
- *Внутрибольничных инфекций (ВБИ) за 2016 г. и 2017 года отсутствуют.*
- *Уровень использования коечного фонда: 100%*
- *Всего на конец 2017 года количество сотрудников – 126, из которых:*
 - *Медицинский персонал – 92 (10 врачей, 62 СМП, 20 ММП)*
 - *Административно-управленческий персонал – 34 человек.*

1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

Организация работает по 4 стратегическим направлениям:

1. Улучшение доступности качественных медицинских услуг

Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.

Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.

2. Повышение эффективности системы здравоохранения

Цель: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг в Казахстане, а также в Центральной Азии.

3. Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных к научно-образовательной деятельности по международным стандартам.

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.
Цель 2: Обеспечение трансферта технологий в систему здравоохранения Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров (для организации с корпоративным управлением)

Приказом Министерства здравоохранения РК № 547 от 05.07.2015 г. и №74 от 17.05.2018 года избран Совет директоров в следующем составе:

Председатель Совета директоров – Хасенов Нурлыхан Мырзаханович зав. поликлиники.
член Совета директоров - Кульманова Айшагуль Каирбековна главная медсестра.
член Совета директоров – Шеденова Фариза Дуйсеновна врач-статистик.
член Совета директоров – Тағтайбаева А.А.экономист.
секретарь – Ерубасев Айтпай Серикбаевич юрист.

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

Служба внутреннего аудита (СВА) - структурное подразделение Организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации и наделенное соответствующими полномочиями в соответствии с утвержденной должностной инструкцией и Положением о Службе внутреннего аудита

Состав СВА:

Шеденова Ф.Д. – врач-статистик
Биймуратова У.Т. – врач общей практики
Мутгакова М.К. – врач педиатр
Кулманова А.К. – старшая медсестра

Основными направлениями работы СВА являются:

- *анализ отчетов по работе клинических подразделений;*
- *анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;*
- *внедрение научных прикладных технологий;*
- *аттестация отделений, сотрудников на соответствие должности по оказанию экстренной помощи;*
- *работа с постоянно действующими комиссиями;*
- *подготовка к проведению аккредитации; постоянный мониторинг и анализ устных и письменных жалоб пациентов и их родственников;*
- *мониторинг книг жалоб и предложений пациентов по отделениям.*

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных к научно-образовательной деятельности по международным стандартам

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов достигнуты 4 индикаторов, не достигнуты – 0.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
1	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	не менее 1,0	1,09	1,0	Достиг
2	Текучесть кадров	не более 13,8%	14%	13%	Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 70%	84%	77%	Достиг
4	Уровень обеспеченности жильем	не менее 60,9%	80,0%	70,0%	Достиг

Причины не достижения:

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуты – 0.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год*	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
1	Доход на 1 койку (млн. тенге)	10,5 млн. тг.	10,5 млн. тг.	9,3 млн. тг.	Достиг
2	Рентабельность активов (ROA)	0%	0%	0%	Достиг
3	Доля доходов от платных услуг	не менее 1,4%	1,3%	1,0%	Достиг

Причины не достижения:

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов наблюдается достижение 7 индикаторов, не достигнут – 0 индикатор.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
1	Удовлетворенность пациентов	70%	70,0%	68,5%	Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 2%	0,0%	0,0%	Достиг
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 1,0%	0,0%	0,0%	Достиг
4	Общая летальность	не более 1%	0,11%	0,10%	Достиг
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0	Достиг
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 1%	0,0%	0,0%	Достиг
7	Время ожидания госпитализации в стационар	не более 10 дней	10 дней	10 дней	Достиг

Причины не достижения:

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 5 индикаторов, не достигнуты – 0 индикатора.

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт 2016 год	Сведения о достижениях
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	86%	86%	60,6%	Достиг
2	Оборот койки	не менее 37,0 раз	38,86 раз	40,0 раз	Достиг
3	Средняя занятость койки	95%	97,5%	106,5%	Достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 12,0 дней	9,1 дней	9,7 дней	Достиг
5	Средняя длительность дооперационного пребывания	не более 4,0 дней	2 дней	2 дней	Достиг

Причины не достижения:

3.2. Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

	Наименование	Факт за 2015 год	Факт за 2016 год	Факт 2017 год
1	Удовлетворенность пациентов	67%	69,1%	70%
2	Удовлетворенность работников	75%	77%	84%
3	Доходы за отчетный период составляют	206262,8	239593,62	288283,3

		тыс.тенге	тыс.тенге	тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	220003,5	249578,92	288250,3941т
5	Доходы от платных медицинских услуг	15866	12409,6	17224,2
6	Количество пролеченных пациентов	813	915	896
7	Летальность	0,12%	0,10%	0,11%

РАЗДЕЛ 4. ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ. МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ БЮДЖЕТА

4.1. Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)

Повышение эффективности финансового менеджмента, в том числе совершенствование тарифов на возмещение затрат за оказание медицинских услуг по ГОБМП:

Мероприятие 1. Совершенствование тарифной политики, в т.ч. формирование методологии возмещения затрат по клинко-затратным группам и по внедрению уникальных инновационных технологий.

Мероприятие 2. Использование амортизационных фондов. Согласно бюджета в 2017 году за счет средств амортизационного фонда предусмотрено 42 тыс. тенге на приобретение основных средств. Из них в отчетном году приобретено на сумму 41268,3 тыс. тенге

Мероприятие 3. Совершенствование инвестиционной политики, включая формирование и функционирование базы данных инвестиционных проектов, аналитического сопровождения и системы мониторинга инвестиционных проектов.

4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

Мероприятие 1. Формирование, совершенствование и расширение пакета платных услуг, увеличение платных коек.

За 2017 год в Прейскурант цен на платные услуги включены 4 новые услуги.

В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается увеличение доходов от платных услуг. Так, за 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 547124 тыс.тенге (в 2016 году – 458 014 тыс.тенге) (116%) при плане – 405 326 тыс.тенге.

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Решением состава наблюдательного совета утвержден ммаркетинговый план организации на 2017 год, согласно которому проводилась работа по 3 основным направлениям:

1) Имидж

Еженедельно обновлялась информация на сайте организации проведена работа по ведению официальных страниц организации в социальных сетях «Instagram» таurzum-crb (155 подписчиков). Имеется личный сайт КГП на ПХВ «Наурумская ЦРБ» (счетчиков не установлено).

2) Внутренний маркетинг (работа с персоналом; анкетирование; оптимизация потоков пациентов; различные проекты, направленные на улучшение комфорта и сервиса).

Увеличен график работы сотрудников отделов, оказывающих платные услуги, в частности, увеличена продолжительность работы кассы и отделения радиологии.

3) Внешний маркетинг (внешние маркетинговые исследования).

Проведены SWOT-анализ, PEST-анализ, анализ рыночной среды, мониторинг цен на услуги, аналогичные услугам Организации и т.д.

4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

Привлечение дополнительных источников финансирования:

Мероприятие 1. Проведение работы по передаче в аренду и реализации неиспользуемых активов, помещения и немедицинского оборудования.

Мероприятие 2. Оказание коммерческих образовательных услуг.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2017 год в КГП «Наурзумская ЦРБ» было пролечено 896 пациентов (в рамках ГОБМП (за 2016 г. – 915, за 2015 г. – 813, за 2014 г. – 631 пациентов). Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделений в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 366 дней работы койки в 2017 году, (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

5.2. Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов организацией ежемесячно проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетирований за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 70,0% против 68,5% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой организации в 2017 году по развитию госпитального сервиса. В 2017 году со стороны пациентов жалоб нет.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается на одном уровне оборота койки на 2,8%: с 40,0 в 2016 г. до 38,86 в 2017г., при плане 37,0 в 2017г, с этим количество поступивших больных уменьшилось на 4,7%: с 926 поступивших больных за 2016 г, до 892 в 2017 г.; уменьшилось количество выписанных за 2017 г. на 2,1%, что составило 896 против 915 за 2016 г.

5.4. Безопасность пациентов

Разработаны мероприятия по 6 международным целям по безопасности пациентов; внедрены 10 внутренних индикаторов качества
разработана программа управления рисками
пересмотрены 8 правила для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии с международными требованиями;
пересмотрены 10 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;
разработаны 5 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, 3 СОП для врачей.

5.5. Управление рисками

Организацией проводится работа по совершенствованию работающего процесса сообщения о медицинских ошибках через предоставление Отчетов об инцидентах, которая достигается путем создания доверительных отношений между всеми сотрудниками, уменьшения боязни сотрудников сообщать о случившихся инцидентах.

Анализ управления рисками

Наименованиевозм ожногориска	Цель, на которую	Возможные последствия в	Запланированные мероприятия по	Фактичес кое	Причины неис полнения
---------------------------------	---------------------	----------------------------	-----------------------------------	-----------------	--------------------------

	может повлиять данный риск	случае неприятия мер по управлению рисками	управлению рисками	исполнение мероприятий по управлению рисками	
1	2	3	4	5	6
<p>Возникновение внутрибольничной инфекции (ВБИ) (пищевая токсикоинфекция, кишечные, гнойно-септические инфекции, вирусный гепатит, ВИЧ и др.)</p>	<p>- На показатель качества;</p> <p>- На качество безопасности лечения</p> <p>Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.</p> <p>Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.</p>	<p>- Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от ВБИ в стационаре);</p> <p>- Дополнительные финансовые затраты;</p> <p>- Ущерб здоровью пациента и персонала.</p>	<p>1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ</p> <p>2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация.</p> <p>3. Соблюдение клинических протоколов диагностики и лечения.</p> <p>4. Соблюдение алгоритма (техники) проведения операции, процедуры, манипуляции.</p> <p>5. соблюдение санитарных правил и норм, санитарно-эпидемиологического режима.</p>	<p>1. Создана комиссия инфекционного контроля</p> <p>2. Использование индивидуальных средств защиты.</p> <p>3. Постоянное повышение квалификации врачей и среднего персонала.</p>	

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной и международной аккредитаций: ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг своевременности предоставления информации по выписанным пациентам в ЭРСБ. Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации: идентификация пациентов, вторая подпись в листах назначений, тайм-аут и т.д

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

6.1. Эффективность HR-менеджмента

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

Обучение и переподготовка ключевых специалистов, в том числе с привлечением лучших зарубежных специалистов по критериям зарубежного стратегического партнера:

Для внедрения новых технологий в КГП «Наурзумская ЦРБ» ведется работа: Участие в мастер-классах проводимых ведущими зарубежными специалистами.

В целях повышения профессионального уровня кадров проводится непрерывное повышение квалификации, за отчетный период повышение квалификации прошли 1 врач общей практики, 13 средних медработников, 1 врач прошел переподготовку по циклу «Общественное здравоохранение»

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку; отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 12% от плана и на 7% от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности персонала 2016 г. – 77%; 2017 г. – 84%). А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год составляет 14 % при плане «не более» 13,8 %, из них уровень текучести врачей – 2 % (план «не более» 10%), СМР – 13 % (план – «не более» 20%), ММП – 5% (план – «не более» 25%).

Совершенствование системы профессионального развития среднего медицинского персонала, включая расширение его прав и полномочий:

В КГП «Наурзумская ЦРБ» особое внимание уделяется профессиональному развитию медицинских сестер, включая расширение их прав и полномочий, улучшение клинических навыков и этического поведения. В связи с этим на постоянной основе медицинские сестры участвуют в различных семинарах.

За отчетный период проведено 4 общебольничных семинаров для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков. Проводился выездной семинар-тренинг по теме «менеджмент ТБ МЛУ» КГУ «КОПТД». В семинарах принимали участие специалисты сестринского дела клинических отделений и вспомогательных служб, сотрудники Комитета охраны общественного здоровья.

6.2 Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты

Совершенствование дополнительных форм материального и морального поощрения работников (стимулирование).

Решением Правления в Правилах расчета дифференцированной доплаты работникам Организации внесены изменения и дополнения, в частности, врачебному персоналу увеличены размеры оплаты участия в одной операции и за ведение больного, также внесены изменения и дополнения в повышающие и понижающие критерии оценки деятельности работников организации. Поощрения медицинских работников за счет средств СКПН осуществляется на основе достигнутых индикаторов конечного результата деятельности, определенных методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги оказываемых в рамках ГОБМП, утвержденный приказом МЗ РК от 26.11.2009 №801. Сумма СКПН на стимулирование работ оказания услуги в условиях территории участка, определенной на основе формирования в ДКПН сводной информации по распределению суммы стимулирующего компонента КПН в зависимости от достижения индикатора конечного результата.

Разпределение суммы СКПН работникам осуществляется на основе решения комиссии в зависимости от вклада работника в достижение индикатора конечного результата.

Наиболее отличившихся работников оказывающие услуги в условиях территории участков поощряются высоким процентом за достижения высоких в работе. Представление формирует врач данного участка, который осуществляет координационную деятельность за достижения объема и качества оказываемых услуг работника находящегося в его подчинении.

6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала

Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

КТП «Наурзумская ЦРБ» на постоянной основе проводятся мероприятия по развитию корпоративной культуры и поддержанию корпоративных ценностей. Сотрудники при приеме на работу обязаны изучить Кодекс деловой этики, где указаны ориентиры профессиональной деятельности и корпоративной культуры.

За отчетный период проведены 3 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Дня медицинского работника», «Дня независимости».

Проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников Организации в честь празднования Международного женского дня, Наурыз-мейрамы, Дня медицинского работника.

Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило , из них АУП – 2, врачи – 2, СМР – 8, ММП – 2, прочие (в т.ч. СХО– 7). Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 20, из них по причинам увольнения: 4 сотрудника – выход на пенсию, 14 – переезд в другую местность, 1 – профессиональный рост, 1 – призыв в армию.

6.4 Управление рисками

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За отчетный период отделом ГО, ЧС, ПБ, ОТ, ТБ и экологии Организации проведена работа по:

- обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучен 1 сотрудник)
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 50 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 23 сотрудникам);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 2 сотрудника);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 1 объектовые тренировки).

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2017 году не было.

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)

В 2012 году организация успешно прошла аккредитацию, следующая планируется на 2018 год.

Разработаны мероприятия по 6 международным целям по безопасности пациентов;

*внедрены 10 внутренних индикаторов качества
разработана программа управления рисками
пересмотрены 8 правила для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от
приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской
документации в соответствии с международными требованиями;
пересмотрены 10 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и
младшего медицинского персонала, соответствующих международным;
разработаны 5 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего
медицинского персонала, 3 СОП для врачей.*

7.2. Управление структурой больных (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарзамещающих технологий)

Уровень использования коечного фонда за 2017 год составил 100% при плане 100%.

За 2017 год наблюдается увеличение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 9,7 дней в 2016 г. до 9,1 в 2017 г. при плане 12,0 дней за 2017 г.

Отмечается увеличение оборота койки на 9%: с 32,1 в 2016 г. до 35 в 2017 г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 10%: с 5478 поступивших больных за 2016 г. до 5994 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 9%, что составляло 6945 против 6360 за 2016 г.

За 2017 год наблюдается на одном уровне показатель госпитальной летальности с 0,10 в 2016г. до 0,11 в 2017 г.

За 2017 г. снизился показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) на 0%, с 0,0% в 2016 г. до 0,0% в 2017 году.

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

В Организации в области лекарственной безопасности Информационная система «Лекарственное обеспечение» (ИСЛО), переутверждены «Руководство по использованию лекарственных средств» согласно Приказ Министра здравоохранения РК от 29 августа 2017года №666 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями)бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне».

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Результаты достижения целевых индикаторов стратегических направлений в соответствии со стратегическим планом*

Стратегическое направление 1 (финансы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Доход на койку*	(млн. тенге)	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	10,5	10,5	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 1,4%	1%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	0%	0%	Достиг

Стратегическое направление 2 (пациенты)

Индикаторы

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Удовлетворенность пациентов*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	70%	70%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	Стат.данные	Стат.отдел	не более 1%	0%	Достиг

Стратегическое направление 3 (мотивация и развитие персонала)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Текущность кадров*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не более 13,8%	14%	Достиг
2	Уровень удовлетворенности персонала*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не менее 70%	84%	Достиг

Стратегическое направление 4 (операционные процессы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания)*	Случаи	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	Отсутствие	0	Достиг
2	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре*	Дни	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	не более 12,0 дней	9,1	Достиг
3	Оборот койки*	Кол-во	Стат.данные	Заместитель главного врача	не менее 37,0 раза	38,86	Достиг