



Годовой отчет о деятельности
для опубликования на сайте
ГП на ПХВ ОПЦ №2
главрач Укибаева Л.Е.

Годовой отчет о деятельности организации здравоохранения для
опубликования на сайте
____ ГП на ПХВ ОПЦ №2 _____
(наименование медицинской организации)
за 2018 год

Туркестанская область

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. Оценка эффективности использования основных средств

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.
- 7.4. Новые технологии, патенты, научные и клинические исследования.

ПРИЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

Областной перинатальный центр №2 г. Шымкент, Туркестанской области является крупным Центром по реализации политики государства в области охраны репродуктивного здоровья населения, определению, координации и внедрению перспективных методик, повышению профессионального образования, который оснащен уникальным медицинским оборудованием последнего поколения, где работают высокопрофессиональные специалисты.

Миссия

Улучшение здоровья населения путем предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в перинатологии.

Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан одним из приоритетов определяет улучшение медико-демографической ситуации, которая неразрывно связана с охраной здоровья матери и ребенка. В настоящее время реализуются отраслевые программы по снижению материнской и младенческой смертности, проведены мероприятия по укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения.

Основным направлением акушерско - гинекологической службы перинатального центра является оказание специализированной помощи 3 уровня перинатальной помощи по Туркестанской области, которое направлено на прогнозирование акушерских и перинатальных осложнений при беременности высокого риска; перинатальных потерь в аспекте репродуктивного здоровья; на совершенствование современной профилактической и терапевтической технологии при патологии беременности, при риске для будущего ребенка; на охрану репродуктивного здоровья в возрастном ракурсе; на изучение репродуктивного поведения и здоровья женщины; анестезиологического обеспечения акушерских и гинекологических операций.

Видение

Стать современным перинатальным центром - передовой моделью здравоохранения в Южном Казахстане, оказывающим медицинскую помощь женщинам фертильного возраста на основе синергии клинической, доказательной практики эффективно функционирующей в конкурентной среде. Индикатором развития отрасли здравоохранения, уровня охраны здоровья матери и ребенка, качества лечебно - профилактической помощи являются показатели материнской и перинатальной смертности. Поэтому основной акцент

деятельности акушерско - гинекологической службы - как одного из разделов общей системы национального здравоохранения - направлен на развитие кадровых ресурсов, на системный мониторинг индикаторов качества, совершенствование и внедрение высокоэффективных технологий, разработку и реализацию научно – обоснованной концепции оздоровления женщины - матери, начиная со здорового начала жизни и формирование здоровой нации.

Ценности и этические принципы:

1.Профессионализм и повышение качества услуг

2.Креативность и вовлечение сотрудников в эффективную деятельность

3.Пациентоориентированность

1. Профессионализм и непрерывное повышение качества услуг на основе:

- неукоснительного выполнения законодательных и иных, относящихся к деятельности предприятия, нормативных требований;
- использование передового оборудования, внедрения новых эффективных методов лечения;
- участие в разработке стандартов в области акушерства, гинекологии и перинатологии;
- высокого уровня компетентности, постоянного повышения профессионализма персонала и понимания каждым сотрудником своей персональной ответственности за качество предоставляемых услуг.

2.Креативность и вовлечение сотрудников в эффективную деятельность предприятия:

- подготовка высококвалифицированных кадров;
- создание комфортных условий труда и социально-психологического климата в коллективе, способствующего развитию персонала, проявлению его инициативы и творческого потенциала;
- формирование и распространение культуры лидерства, взаимной поддержки,
- поощрение инициативы персонала в области улучшений во всех аспектах деятельности предприятия;
- формирование сплоченного коллектива профессионалов, способных эффективно работать в команде.

3. Пациентоориентированность, повышение показателей восприятия предприятия потребителями услуг на основе:

- систематического изучения запросов и ожиданий пациентов, стремления превзойти эти ожидания;
- обеспечения высокой культуры общения с пациентами;
- быстрого реагирования на запросы пациентов и минимизации неудобств;
- предоставления пациентам открытой, понятной информации о лечении;
- обеспечения обстановки, способствующей формированию у пациентов ощущения безопасности, уверенности и удовлетворения;
- гарантии потребителю услуг;
- уважения его человеческого достоинства;

- использования одобренных медицинским сообществом и имеющим высокую степень доказательности процедур, обеспечивающих минимизацию вероятности осложнений и неблагоприятных побочных эффектов.

2018 год в цифрах

- Количество пролеченных пациентов: 9936+234платных пациентов
- Количество родов 6559
- Количество проведенных операций: 3846 , в том числе полостных операций 1485
- Доля внедренных международных стандартов: **95%**
- Внутрибольничных инфекций ВБИ **0,08% в 2018 году**
- Уровень использования коечного фонда: **100%**

Всего на конец 2018 года количество **сотрудников – 371**, из которых:

- Медицинский персонал – 331 (65 врачей, 194 СМП, 72 ММП)
- Административно-управленческий персонал, прочие – 40.

- Текучесть персонала 14% в 2017 году, **14,5% в 2018 году**

- Выручка от оказания услуг: **1 302 647,39 тыс. тенге, прибыль за год: 1 050,8 тыс. тг**

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.

3. Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения

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

Цель 2: Научно-инновационная деятельность, конкурентоспособность.

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 Управления Здравоохранения ЮКО №102 ж/к от 28.12.2017г (приложение №б) избран наблюдательный Совет в следующем составе:

Председатель наблюдательного Совета –Турганбаева Нургуль Токтасыновна
главный специалист отдела экономики и бухгалтерии УЗ .

член наблюдательного Совета - Укибаева Лейла Елеухановна главный врач ГКП на ПХВ ОПЦ№2.

член наблюдательного Совета –Новик Сергей Вячеславович за гл вр ГКП на ПХВ ОПЦ№4.

член наблюдательного Совета - Будесова Жадра Утебаевна главный врач Областной дермато- диспансера.

член наблюдательного Совета –Кожахметова Эльмира Агабековна главный врач РД№2 .

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита.

Служба внутреннего аудита (СВА) - структурное подразделение перинатального центра, 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.

Служба внутреннего аудита работает согласно приказу №173 от 27.03.2015г «Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

Руководитель СВА – Сейдиллаева У.С.

Основными направлениями работы СВА являются:

- Службой внутреннего аудита проводится анализ отчетов по работе клинических подразделений, анализ индикаторов структуры 1 раз в квартал, процесса и результатов.
- 27 декабря 2017 года Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК пересмотрены 15 протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии. В связи с чем, проведен ряд семинарских занятий, с целью ознакомить медицинских работников с протоколами.
- В каждом отделении имеется ящики для жалоб и предложений пациентов. Созданной комиссией со службой внутреннего аудита ящики для жалоб и предложений открывается 1раз в месяц, если в ящике имеются какие-то жалобы и предложения, регистрируются и принимаются меры.
- Служба внутреннего аудита тесно работает с «CALL-центром», который принимает жалобы и предложения от пациентов по ЮКО. Если жалоба и предложения поступает в письменном виде в «CALL-центр», служба внутреннего аудита принимает меры для решения вопросов.
- Служба внутреннего аудита проверяет выписанные истории беременных и послеродовых пациентов, т.е. 5% закрытых случаев.
- При выявлении недостатков в ведении документации в части несоответствия приказу № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации

организаций здравоохранения», к медицинскому персоналу применяются административные меры наказания СВА.

- Служба внутреннего аудита контролирует правильность применения клинических протоколов МЗ РК, подготовку 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 профессиональной деятельности по современным и международным стандартам

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов достигнуты 4 индикаторов, не достигнуты –2.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижениях
1	Количество привлеченных ключевых специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера	1 человек			Не достиг
2	Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	25%	27,4%	33,7%	Достиг
3	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	не менее 1,4	1,4	1,2	Достиг
4	Текучесть кадров	не более 14%	14,5%	14%	Не достиг
5	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 87%	87%	80%	Достиг
6	Уровень обеспеченности жильем	не менее 64%	64,8%	62,8%	достиг

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год*	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижении
1	Доход на 1 койку (млн. тенге)	6,2 млн. тг..	7,7 млн. тг..	6,3 млн. тг.	Достиг
2	Амортизационный коэффициент	не более 52%	49,1%	54,7%	Достиг
3	Оборачиваемость активов	0,75%	0,75%	0,9%	Достиг
4	Рентабельность (эффективная деятельность)	1,02%	0,05%	1,0%	достиг
5	Рентабельность активов (ROA)	0,06%	0,06%	0,04%	достиг
6	Доля доходов от платных услуг	не менее 0,3%	1%	0,4%	Достиг

Цель 3: Создание пациентоориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижении
1	Удовлетворенность пациентов	96,7%	95,7%	95%	Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 1%	0,08%	0,6%	Достиг
3	Материнская смертность	1	13,4%0	15,4%0	недостиг
4	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0	Достиг
5	Уровень послеоперационных осложнений	не более 1%	0,08%	0,52%	Достиг

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуты – 1 индикатор

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт 2017 год	Сведения о достижении
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	70%	100%	36%	Достиг
2	Оборот койки	70	63,7	56,3	Не достиг
3	Работа койки	310	336,8дни	307,5дни	достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 5,4дней	5,3 дней	5,4 дней	Достиг

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

	Наименование	Факт за 2016 год	Факт за 2017 год	Факт 2018 год
1	Удовлетворенность пациентов	88%	95%	95,7%
2	Удовлетворенность работников	76%	80%	87%
3	Доходы за отчетный период составляют	976 105,1 тыс.тенге	976 105,1 тыс.тенге	1 267 115,8 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	976 142,1 тыс.тенге	976 142,1 тыс.тенге	1 208 024,3 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	2 658,2 тыс.тенге	4 028,9 тыс.тенге	12 001,1 тыс.тенге
6	Количество пролеченных пациентов	10156	9342(64)	9936(234)
7	Летальность	13,8%0	15,6%0	13,4%0

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 клинико-затратным группам и по внедрению инновационных технологий.

Проведен анализ тарифов КЗГ, результаты которого, в целях повышения доходности, озвучены и доведены на рабочем совещании по управленческому отчету до заведующих клинических отделений.

Мероприятие 2. Использование амортизационных фондов.

Согласно бюджета в 2018 году за счет средств амортизационного фонда предусмотрено 289 305,5 тыс. тенге на приобретение основных средств. Из них в отчетном году приобретено на сумму 265 263,9 тыс. тенге

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.

В 2018 году в Прейскурант цен на платные услуги включены 14 новые услуги.

В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается **увеличение доходов** от платных услуг. Так, за 2018 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 12 001,1 тыс. тенге (в 2017 году – 4 028,9 тыс. тенге).

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Утвержден маркетинговый план Организации на 2018 год, согласно которому проводилась работа по 4 основным направлениям:

1) Имидж (администрирование сайта; ведение официальных страниц Организации в социальных сетях; продвижение сайта в социальных сетях, на форумах и блог-платформах; информационное взаимодействие с отечественными и зарубежными СМИ; организация пресс-конференций, брифингов, интервью и т.д.).

Еженедельно обновлялась информация на сайте Центра (количество посетителей до 260 человек за сутки, до 2615 человек в месяц), проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook» (4140 подписчиков), «Instagram» (665 подписчиков). 9 поликлиник, 6 стационаров обеспечены буклетами и лифлетами о Центре.

2) Сбыт :расширяем и развиваем платные услуги;

3) Внутренний маркетинг: работа с персоналом – проводятся мотивирующие конкурсы; анкетирование; направляются на обучение в ближнее зарубежье.

Утверждена Дорожная карта в новой редакции на 2019г. Составлен перечень товаров и услуг согласно Плану внедрения дорожной карты.

По результатам анкетирования по определению уровня удовлетворенности пациентов в питание добавлено больше овощей, фруктов и мяса. С 2019года питание передано на аутсорсинг.

4) Внешний маркетинг (внешние маркетинговые исследования).

Проведены SWOT-анализ, PEST-анализ, анализ рыночной среды, мониторинг цен на услуги, аналогичные услугам перинатального Центра.

Мероприятие 3. Формирование эффективной системы направлений («reference») пациентов из других районов.

Врачами Центра осуществлено 171 выездных консультаций и услуг в курируемые районы.

4.3. Оценка эффективности использования основных средств

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг перевыполнены в сумме на 8 678,1 тыс. тенге (план 3 323,0 тыс. тенге, факт 12 001,1 тыс. тенге). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 33,5% в сравнении с прошлым годом и на 27,7% в сравнении с планом.

За отчетный период доходы всего составили в сумме 1 232 086,0 тыс. тенге, что на 235 488,6 тыс. тенге превышает плановое значение согласно Плана развития, что на 229 131,1 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2017 год – 1 002 954,9 тыс. тенге). В общей структуре доходов 1 279 116,9 тыс. тенге (99,06%) составляет ГОБМП и 12001,1 тыс. тенге (0,94%) другие доходы. Доход на 1 койку на 1,4 млн. тенге превышают доходы прошлого года (в 2018 году – 7,7 млн. тенге, в 2017 году – 6,3 млн. тенге) и на 1,5 млн. тенге от плановых значений (план – 6,2 млн. тенге).

Вместе с тем, порогового значения достигли финансовые индикаторы:

«Амортизационный коэффициент» (при плане 52%, факт –49,1%).

«Рентабельность (эффективная деятельность)» (план – 1,02%, факт – 1,05%).

«Рентабельность активов (ROA)» (план – 0,06%, факт – 0,06%).

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2018 год в Центре было пролечено 9936 пациентов (в рамках ГОБМП + на платной основе 234), что больше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2016 г. – 9342(64).

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделений в 2018 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 336,8 дней работы койки в 2018 году, (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

По линии «Санитарной авиации» неонатологами было осуществлено 160 вылета и выездов в районы к 165 пациентам. Акушерами –гинекологами осуществлено 32выезда к 32 пациентам.

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 анкетировании за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 96,7% против 95% в 2017 году. Данный факт связан с активной работой Центра в 2018 году по развитию госпитального сервиса. Кроме того, согласно приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 22 июля 2011 года № 468 по запросу РГП «РЦРЗ» проводится анкетирование стационарных пациентов и пациентов, получивших консультативно-диагностические услуги, результаты которого составило также более 96%.

С целью мониторинга состояния пациента после выписки (Follow-on) в выписном эпикризе врачами указывается дата осмотра участковой сети для контроля эффективности проведенного лечения и решения тактики дальнейшего ведения пациента. Также, после внесения в РГП «РЦРЗ» предложения о том, что для ведения мониторинга после выписки необходимо между собой интегрировать такие программные комплексы как «РПН», «АИС», «ЭРСБ», «ЭРОБ», «ЭРДБ» и предоставлен доступ соответствующим медицинским организациям на данные программы. Процесс интегрирования в тестовом режиме.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается увеличение оборота койки на 9%: 63,7 в 2018 г. 56,3 в 2017г., при плане 70 в 2018г. При этом, количество пролеченных больных увеличилось : с 9342 за 2017 г, до 9936 в 2018 г.; увеличилось количество пролеченных по платным услугам 64 сл. за 2017 г. , против 234сл. за 2018 г.

5.4. Безопасность пациентов

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

пересмотрены 4 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 2 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 16 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;

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

Наименование возможного риска	Цель, на которую может повлиять данный риск	Возможные последствия в случае неприятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины неисполнения
1	2	3	4	5	6
Возникновение внутрибольничной инфекции (ВБИ)	<p>- На показатель качества;</p> <p>- На репутацию</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>1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ</p> <p>2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация.</p>	<p>1. Создана комиссия инфекционного контроля, действующая согласно Типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций;</p> <p>2. Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля</p> <p>В результате, за 2018 г. показатель ВБИ 0,08%,</p>	-

1. В ОИТН и во 2 этапе выхаживания новорожденных выделили процедурный кабинет для парентерального приготовления растворов новорожденным в асептических условиях..
2. В центре заменены многоразовые изделия медицинского назначения на одноразовые в ОИТН и оперблоке
3. Проведение минимального количества инвазивных вмешательств на всех этапах пребывания в центре.
4. Перед началом экстренных операций обязательная обработка влагалища раствором Повидон-йода
5. Ранняя выписка на 2 сутки после физиологических родов, на 2-3 сутки после плановых операций.
6. Максимальное сокращение дородового пребывания беременных, поступивших на плановое оперативное родоразрешение.
7. Организованы семинарские занятия с аттестацией на занятия правил техники мытья рук и постоянный мониторинг за соблюдением техники мытья рук.
8. Центр обеспечен одноразовыми полотенцами
9. Проводится аэрозольная дезинфекция надуксусной кислотой стерильных зон согласно графика
10. В центре проведены очистка с последующей дезинфекцией вентиляционных систем.
11. Проведен текущий ремонт.

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 Организации ведется работа по организации и проведению мастер-классов ведущими зарубежными специалистами. За отчетный период в рамках 059 программы в организации проведен 1 мастер-класс.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 71 сотрудников организации, что составляет 27,43% от общего числа всех сотрудников, из них врачи –17, СМР – 54, АУП –2.

В том числе, в рамках 059 программы направлено зарубеж на обучение 3 специалистов.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку в т.ч. за рубежом (в 2018г составила 27,4%) (Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку в т.ч. за

рубежом); отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 7% от плана и от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности персонала в 2017 г. – 80%). 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 14,5% при плане «не более» 12%.

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

В Центре особое внимание уделяется профессиональному развитию медицинских сестер, включая расширение их прав и полномочий, улучшение клинических навыков и этического поведения. В связи с этим на базе Центра на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 12 общебольничные конференции для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

Во всех конференциях принимали участие специалисты сестринского дела клинических отделений и вспомогательных служб, члены Правления, сотрудники отделений.

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

Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

Разработка и внедрение дифференцированной бонусной системы оплаты труда.

Решением Профсоюзного комитета утвержден Коллективный договор об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда. Согласно приказа МЗ и СЗ РК № 429 от 29.05.2015г. утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты работникам.

6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала

Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

Центром 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».

По запросу Министерства здравоохранения РК, 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. Получили медали четыре врача, грамоты 8 человек.

Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле. За отчетный год оценка профессиональной деятельности сотрудников проведена с 05 по 23 декабря 2018 года (80% сотрудников).

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 54, из них АУП – 4, врачи – 10, СМР – 13, ММП – 15, прочие – 16. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 33, из них по причинам увольнения: 2 – переезд в другой город, 1 – профессиональный рост, 30 – перевод на другую работу .

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 (обучено 23 сотрудников);
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 267 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 67 сотрудникам);
- организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 50 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 16 сотрудников);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 2 объектовые тренировки).

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

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

Уровень использования коечного фонда за 2018 год составил 100% при плане 100%. За 2018 год увеличилась работа койки 336,8 за 2018 год против 307,5 за 2017 год.

За 2018 год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 5,4 дней в 2017 г. до 5,3 в 2018 г. при плане 5,2 дней за 2018 г.

Отмечается увеличение оборота койки : с 56,1 в 2017 г. до 63,7 в 2018 г. При этом, увеличилось количество выписанных за 2018 г. 9863+234, против 2017 г. 9266+64.

За 2018 г. показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) составил 0,08%.

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

В работе с лекарственными средствами перинатальный центр руководствуется следующими документами – приказ № 262 от 24.04.2015г. «Правила хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», приказ МЗ РК № 910 от 30.11.2017г. «Об утверждении зарегистрированных цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения», приказ МЗ РК № 931 от 8.12.2017 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра», руководство по использованию лекарственных средств», «О внесении изменений и дополнений в приказ № 10-02/28 от 17.02.2015 года», «Правила организации и проведения закупа лекарственных средств по оказанию ГОБМП № 1729 от 30.10.2009 г», приказ № 631 от 22.08.2017г. «Об утверждении списка лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования, закупаемых у единого дистрибьютора на 2018 год».

В перинатальном центре имеется распределительный пункт, где ответственным является подготовленный провизор. Согласно ГОБМП все больные обеспечиваются лекарственными средствами бесплатно. Закуп лекарств ведется в плановом порядке, в соответствии с лекарственным формуляром. Перебоев в обеспечении лекарствами больных нет. Условия хранения лекарственных средств соответствуют требуемым условиям.

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 1 койку	(млн. тенге)	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	6,2	7,7	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 0,3%	1,0%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	0,06%	0,06%	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	%	Данные внутреннего аудита	внутренний аудит	97%	97%	Достиг
2	Уровень летальности пациентов	%	Стат. данные	Стат. отдел	0	15,3‰	Достиг
3	Доля обоснованных жалоб	%	Данные внутреннего аудита	внутренний аудит	0	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	Количество обученных сотрудников международным стандартам	Кол-во	Отчет отдела кадров	Отчет отдела кадров	1	1	Достиг
2	Текущая текучесть кадров	%	Отчет отдела кадров	Отчет отдела кадров	не более 13%	14,5%	Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала	%	Отчет отдела кадров	Отчет отдела кадров	не менее 87%	87%	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 5,4	5,4	Достиг
3	Оборот койки	Кол-во	Стат. данные	Заместитель главного врача	70	63,7	Не достиг