



Утверждено
И.о. главного врача КГП «Поликлиника №1 г.Костанай»
Альмагамбетова Ж.Т.

**Годовой отчет о деятельности КГП «Поликлиника №1 города Костанай» Управления
здравоохранения акимата Костанайской области за 2017г.**

г. Костанай 2017 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.

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
- 4.4. 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. Безопасность пациентов
- 5.4. 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

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

- 7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная).
- 7.2. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

ПРИЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

1.1 Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)

Поликлиника № 1 г. Костанай одно из 4-х амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению областного центра с численностью прикрепленного населения 62753 человек, организована в 2001 году.

9 ноября 2015 года поликлиника переехала в типовое пятиэтажное здание после капитального ремонта по адресу 1 Мая 151Б, общей площадью 9137,9 кв.м. Теперь все службы поликлиники расположены в одном здании, что очень удобно для пациентов и сотрудников. Территория, обслуживаемая поликлиникой – центральные районы города, район железнодорожного вокзала, Костанай-2 и прикрепленное население по праву выбора с других районов города.

Перечень оказываемых специалистами поликлиники медицинских услуг:

- *Первичная медико-санитарная помощь: доврачебная, квалифицированная*
- *Диагностика: рентгенологическая, функциональная, эндоскопическая, ультразвуковая. Лабораторная диагностика: общеклинические исследования, биохимические исследования, серологические исследования, цитологические исследования.*
- *Консультативно-диагностическая медицинская помощь взрослому населению по специальностям: акушерство и гинекология, гастроэнтерология, инфекционные болезни, кардиология, невропатология, отоларингология, офтальмология, терапия общая, стоматология, травматология и ортопедия, урология, проктология, хирургия общая, эндокринология, психиатрия, онкология, маммология, педиатрия, сурдология, детская кардиология, детская неврология, детская офтальмология, детская хирургия, детская отоларингология,*
- *Медицинская реабилитология: массаж, физиотерапия.*
- *Экспертиза профессиональной деятельности, экспертиза временной нетрудоспособности.*
- *Деятельность, связанная с оборотом прекурсоров (использование прекурсоров, уничтожение прекурсоров, приобретение прекурсоров, хранение прекурсоров), деятельность, связанная с оборотом психотропных веществ (использование психотропных веществ, уничтожение психотропных веществ, приобретение психотропных веществ, хранение психотропных веществ), деятельность, связанная с оборотом наркотических веществ (использование наркотических веществ, уничтожение наркотических средств, приобретение наркотических средств, хранение наркотических средств).*

Поликлиника оказывает первичную медико-санитарную, квалифицированную и специализированную помощь населению, согласно Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи».

Кабинеты поликлиники оборудованы и оснащены согласно Приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357 Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения".

В 2016 году организован скрининговый центр на первом этаже, где проводится по принципу одной двери обследование пациента. Развивается оказание социальных услуг социальными работниками и расширился их спектр.

Функционирует собственный сайт поликлиники www.poliklinika1.kz, предназначенный для предоставления информации по вопросам здравоохранения, в т.ч., в рамках санитарного просвещения населения, круглосуточной предварительной записи на прием в режиме он-лайн в Интернет-регистратуре, осуществления «обратной связи» и т.д..

В целях повышения доступности и недопущения значительной скученности в холлах в поликлинике функционирует 4 регистратуры с 15 регистраторами. Так же для работы с населением в 2015 году открыто 2 Call-центра, в которых работает 4 сотрудника. Один Call - центр принимает только вызова от пациентов и активы от стационаров и Скорой помощи (два сотрудника, два телефона, на детские и на взрослые вызова по отдельности). Второй Call - центр (два сотрудника - запись на приём). С 2016 года для удобства посетителей в холле поликлиники на первом этаже работает администратор, который регулирует потоки посетителей в поликлинике. Внедрена электронная очередь посредством терминала. Установлен электронный стенд (График приема врачей). Таким образом, регистратура поликлиники работает только с посетителями по формату «лицом к лицу».

С 2011 года открыта служба поддержки пациентов: при возникновении вопросов и проблем всё решается на месте по принципу «здесь и сейчас». В холле поликлиники на первом этаже организована служба поддержки пациентов, доступ поддержки пациента в открытом формате.

Организован Центр анкетирования пациентов.

Миссия

Реализация государственной политики в области охраны здоровья нашего населения путем оказания качественной и доступной первичной медико-санитарной помощи, соответствующей международным стандартам, основанной на внедрении инновационных технологий и высоком профессионализме сотрудников.

Видение

Наша поликлиника это динамично развивающееся предприятие, стремящееся стать лидером отрасли в разработке и внедрении новых медицинских и управленческих технологий, отчетливо осознающее социальную ответственность перед пациентами и сотрудниками. Наша деятельность основана на сохранении лучших традиций казахстанского здравоохранения в сочетании с передовыми достижениями мировой медицинской науки и практики, соблюдении корпоративной культуры и этики.

2017 год в цифрах

- **Количество пролеченных пациентов: 5504**
- **Количество проведенных операций: 158**
- **Внутрибольничных инфекций не зарегистрированы.**
- **Проведено 7 мастер-классов, из них 2 мастер-класса с участием зарубежных специалистов.**
- **Пролечено 15 иностранных пациентов**
- **Всего на конец 2017 года количество сотрудников – 345, из которых:**

- Медицинский персонал – 228 (58 врачей, 144 СМП, 26 ММП)
- Административно-управленческий персонал – 75, СХО – 56, прочие – 19.
- Снижение текучести персонала с 6,3% в 2016 году до 4,2% в 2017 году.
- Выручка от оказания услуг: 41585,749 тыс. тенге, прибыль за год: 118, 0 тыс. тг.

1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

Организация работает по 4 стратегическим направлениям:

1. Стратегическое направление (финансы)

Цель: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

2. Стратегическое направление (клиенты).

Цель: создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.

3. Стратегическое направление (повышение кадрового потенциала и развитие персонала)

Цель: уменьшить текучесть производственного персонала, улучшить уровень удовлетворенности медицинского персонала, увеличить количество сотрудников, прошедших повышение квалификации и переподготовку, повысить укомплектованность кадров.

4. Стратегическое направление Повышение эффективности здравоохранения.

Цель: повышение качества оказания медицинской помощи.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

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

Согласно Приказа Министерства здравоохранения РК № 547 от 05.07.2015 г. и № 654 от 05.07.2015 года планируется создать Наблюдательный совет в 2018 году.

Имеется программа управления человеческими ресурсами, положение об информационной политике, кодекс деловой этики, инструкция по обеспечению сохранности коммерческой и служебной тайны, кадровая политика.

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита.

Приказом по поликлинике № 20/1 – П от 05.01.2015 года создана Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля;

Состав СППиВК:

- Председатель СППиВК- ЗГВКМУ;
- Врач –эксперт;
- Фармацевт;
- Врач-эпидемиолог;
- Специалист по мониторингу СМИ.

Информация о создании СППиВК доведена до сведения пациентов путем размещения на сайте, бегущей строке, информационных стендах, мониторах в фойе.

С целью улучшения предоставления качества медицинских услуг имеется: Руководство по качеству, Программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи, годовой план по обеспечению и непрерывному повышению качества оказываемых медицинских услуг.

СППиВК проведена следующая методическая работа:

- «каскадным» методом обучены заведующие отделений, врачи, средние медицинские работники по соблюдению этических норм, управлению рисками, методике оценки рисков, управлению обращениями, правилам проведения экспертной оценки;

- проводятся семинары-тренинги со средними медицинскими работниками по оказанию неотложной помощи на ПМСП.

- разработаны внутренние индикаторы структурных подразделений;

- разработаны карты процессов, стандарты операционных процедур структурных подразделений, программы по улучшению качества предоставления медицинских услуг;

- разработаны графики клинических аудитов, внутренних аудитов структурных подразделений;

- в связи с улучшением условий, связанный с переездом в новое здание, в фойе на первом этаже организован центр анкетирования и прием пациентов специалистом СППуВК.

- установлены дополнительные ящики для сбора обращений пациентов;

- установлены информационные стенды с указанием времени приема руководства Поликлиники по личным вопросам.

- Для повышения информированности пациентов о предоставляемых услугах, о его правах и обязанностях установлены мониторы.

- В связи с переходом поликлиники на МС ИСО 9001:2015 был разработан план по переходу на новую версию, актуализировано Руководство по качеству и утверждено 10.11.2017г

Экспертная работа:

1. Руководителями отделений ежемесячно проводится экспертная оценка качества оказания медицинской помощи врачами отделений с последующим обсуждением итогов на производственных совещаниях, результаты которых доводятся ЗГВКМУ.

2. За год проанализированы всего 1541 амбулаторная карта, средний балл при проверке составляет 89%.

Основные замечания - нет обоснования клинического диагноза, отсутствуют интерпретации анализов, консультации профильных специалистов, в ряде случаев имеет место отклонение в диагностических, лечебных мероприятиях от протоколов диагностики и лечения, недостаточно качественное ведение медицинской документации

3. По стационарозамещающей помощи проводится экспертиза выписных эпикризов пациентов пролеченных на дому и в дневном стационаре с последующим занесением их в портал ЭРСБ. Коэффициент ошибок -10,7 Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего аудита) - = 99,3%

Анализ - отчет

**выполнения индикаторов оценки клинической деятельности
за 2017 года по КГП «Поликлиника № 1 города Костанай»**

Наименование индикаторов	Пороговое значение	Ожидаемый результат	Достигнутые результаты за 2017г.

<i>индикаторы структуры Поликлиники</i>			
<i>Наличие мед.оборудования согласно утв. стандартам</i>	75%	100%	89,25%
<i>Индикаторы процесса</i>			
<i>Случаи ВБИ в отделениях</i>	0%	0%	0%
<i>Некачественное оформление и ведение медицинской документации (за каждый случай)</i>	0%	0%	7%
<i>Описание жалоб, анамнеза неполные</i>	100%	100%	89%
<i>Наличие рекомендаций</i>	100%	100%	99%
<i>Диагностические мероприятия проведенные в объеме</i>	98%	100%	97%
<i>Лечебные мероприятия в объеме</i>	100%	100%	100%
<i>Не обоснованность госпитализации</i>	0%	0%	0%
<i>Госпитализация плановых больных без обследования</i>	2%	0%	0%
<i>Развитие послеоперационных осложнений (3 суток после операции)</i>	0%	0%	0%
<i>Индикаторы результата</i>			
<i>Обращение граждан на некачественное оказание медицинской помощи</i>	0	0	7
<i>Обоснованное обращение</i>	0	0	2
<i>Частично обоснованное</i>	0	0	0
<i>необоснованное</i>	0	0	5

Основная причина отклонений связана с несоблюдением ПДЛ (Прокол диагностики и лечения)

Случаев выявления запущенной формы туберкулеза за прошедший год 0 случаев.

Проведен внутренний аудит по индикаторам качества за 2017 года в лабораторно-диагностическом отделении

В 2017 году с целью мониторинга рационального использования лекарственных средств и ИМН в аптечных пунктах и отделениях проведен внутренний аудит.

В ходе внутреннего аудита установлено:

- 1. В аптечном пункте, отделениях (кабинетах) в Поликлинике главным врачом назначены лица, ответственные за учет лекарственных средств и ИМН.*
- 2. Фармацевтом ежемесячно до 1-го числа каждого месяца составляется отчет о движении лекарственных средств*
- 3. Лекарственные средства приобретенные за счет республиканского бюджета, отпускаются по рецептам при предъявлении документа удостоверяющего личность (проведено наблюдение, свидетельства о рождении или их копии.*
- 4. Ведется учет лекарственных средств, приобретенных в рамках ГОБМП для оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в суммовом и количественном выражении в*

автоматизированной лекарственной информационной системе учета использования лекарственных средств.

5. У старших медсестер имеется журнал учета медикаментов, ведется своевременно и заполняется верно.

6. Ежемесячно сдают отчет в бухгалтерию по актам списания медикаментов и расходного материала.

7. Журнал температурного режима холодильного оборудования и журнал температуры относительной влажности воздуха, ведутся своевременно и заполняются правильно.

По результатам внутреннего аудита фармацевтической деятельности замечания не выявлены.

В 2017 году проведен внутренний аудит назначения антибиотиков в центре амбулаторной хирургии. Операции на амбулаторном уровне в центре амбулаторной хирургии проводятся с применением антибиотиков с профилактической целью.

. Целью аудита являются

- снижение частоты ИОХВ;
- оптимизация использования антибиотиков согласно принципам, эффективность которых доказана в клинических исследованиях;
- сведение к минимуму влияния антибиотиков на нормальную микрофлору пациента и защитные механизмы макроорганизма;
- сведение к минимуму вероятности развития нежелательных лекарственных реакций;

При внутреннем аудите установлено, что соблюдается дозирование антибиотиков, пути и время введения. Антибиотики вводятся внутримышечно или применяются рег-оз. Первая доза антимикробного препарата вводится не менее чем за один час до операции. Коэффициент надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение)-1,0:

Отчет об инцидентах по медикаментозным ошибкам и «почти ошибкам»

При аудите отделения стационаро-замещающей помощи высчитан коэффициент ошибок при назначении и предоставлении медикаментов который равен - 0

Ошибок на этапе закупа ЛС -отсутствуют

Ошибок на этапе назначения ЛС-отсутствуют

Ошибки по не той дозе - отсутствуют

Ошибки на этапе введения ЛС и выполнения манипуляций и не в то время отсутствуют

В 2017 проведен внутренний финансовый аудит, нарушений не выявлено, рекомендовано вести постоянный контроль бухгалтерского учета во избежании искажения финансовой отчетности,

Ежемесячно проводится аудит показателей в электронной базе ДКПН, по результатам работы комиссий по ДКПН решается вопрос о выдаче стимулирующей части участковой службы, ОСПСП.

Ежемесячно проводится внутренний аудит врачом эпидемиологом санитарно-эпидемиологического состояния всех отделений. Проведено за год 26 обследований. Выявленные нарушения: на момент проверки не заполнен журнал учета времени бактерицидного облучателя и журнала генеральных уборок в ЦСЗ №1,2. Эпидзначимых нарушений нет.

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 индикатора.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год
1	Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	21%	21%
2	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	1,5	1,5
3	Текучесть кадров	4,2%	4,2%
4	Уровень удовлетворенности персонала	83,5%	83,5%

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 2 индикаторов наблюдается достижение 2 индикаторов.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год*	Факт за 2017 год
1	Рентабельность активов (ROA)	-0,03%	-0,03%
2	Доля доходов от платных услуг	5,3%	5,3%

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 2 индикаторов наблюдается достижение 2 индикатора.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год
1	Удовлетворенность пациентов	90%	90%
2	Время ожидания госпитализации в дневном стационаре	12 дней	12 дней

Цель 4: Научно-инновационная деятельность, конкурентоспособная на международном уровне

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 2 индикаторов наблюдается достижение 2 индикаторов

Индикаторы

	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год
1	Количество обученных сотрудников международным стандартам GCP	3	3
2	Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed)	3	3

3.2. Основные медико-экономические показатели

Медико-экономические показатели Организации

	Наименование	План 2017 год	Факт 2017 год
1	Удовлетворенность пациентов	90%	90%
2	Удовлетворенность работников	83,5%	83,5%
3	Доходы за отчетный период составляют	781865,72 тыс.тенге	781865,72 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	1078941,0 тыс.тенге	1 078 941,0 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	41585,75 тыс.тенге	41585,75 тыс.тенге
6	Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed)	3	3
8	Количество пролеченных пациентов	5504	5504

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. Оказания медицинской помощи населению субъектам здравоохранения районного значения села по формам: амбулаторно-поликлиническая помощь: первичная медико-санитарная помощь прикрепленному населению и консультативно- диагностическая помощь. Стационарозамещающая медицинская помощь, стационарная медицинская помощь 837510139,34 тенге.

Производится Комплексный подушевой норматив на оказание услуг ГОБМП населению в расчете на одного прикрепленного человека в месяц: 952,29 тенге (плановый), в том числе: гарантированная часть комплексного подушевого норматива 852,29 тенге.

Мероприятие 2. Проведение скрининговых исследований в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (колоректальный рак 2590, рак пищевода и желудка-1362, рак шейки матки- 1230, рак печени-6) итого на сумму 11671224,82 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. За 2017 год в Прейскурант цен на платные услуги остался без изменений.

*В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается **увеличение доходов** от платных услуг. За 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составил 41667,609 тыс. тенге.*

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

1) Имидж.

Еженедельно обновлялась информация на сайте Организации (количество посетителей до 241 человек за сутки, до 2587 человек в месяце), проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях, «Instagram» (1839 подписчиков).

2. Развитие эффективного сотрудничества с компаниями, в том числе со страховыми компаниями. В 2017 году договор с Казахинстрах страховой кампанией.

4.3. Оценка эффективности использования основных средств

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг составили в сумме 41667,609 тыс. тенге (план 42270,0 тыс.тенге, факт 41667,609 тыс.тенге). Отмечается уменьшение доли доходов от платных услуг на 602,391 тыс.тенге или 5,8% в сравнении с прошлым годом по плану увеличение на 1,4% .

Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 41667,609 тыс. тенге, что на 602,391 тыс. тенге меньше плановое значение согласно Плана развития, но на 2453,52 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год -39214,085 тыс. тенге). В общей структуре доходов 837510,139 тыс. тенге (95,3%) составляет ГОБМП и 41667,609 тыс. тенге (4,7%) другие доходы.

«Рентабельность активов (ROA)» (план -0,03%, факт – 0,03%). Индикатор не достигнут в связи с амортизационными отчислениями.

4.4. 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.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2017 год в Организации было пролечено 5504 пациент (в рамках ГОБМП + на платной основе), что на 9,3% больше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2016 г. – 4990 пациентов).

В дневном стационаре на 50 коек средняя длительность лечения составила . 5,5 дне в 2017г, 5,5 в 2016г

Амбулаторно пролечено 15 иностранных пациентов

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

Оценка степени удовлетворенности:

Проведено анкетирование с целью изучения социологического исследования на предмет удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинских услуг Поликлиникой согласно приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 468 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в

целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи»

Всего в анкетировании приняло участие 717 человек. Прикрепленного населения проживающего в черте города составило 92 %, остальные 8 % приходится на население, проживающее в селах. Возрастные группы в процентном соотношении разделились следующим образом: До 18 лет – 8%; 18-39 лет – 51%; 40-60 лет – 29%; более 60 лет – 12%. Касательно социального статуса 50% опрошенных работающее население, 8% - безработные, 20% - учащиеся, 20% - пенсионеры, 0% - инвалиды. По праву свободного выбора КГП «Поликлиника №1 г. Костанай» выбрали 77%.

Довольны результатом обращения в поликлинику и результатом оказанной медицинской помощи 93%, не в полной мере – 7%, не довольны – 0%.

В вопросе оценки по пятибалльной шкале качества полученной мед.помощи ответы разделились: 5 – 92%, 4 – 8%, 3 – 0%, 2 – 0%, 1 – 0%.

За 2017 год зарегистрировано 9 письменных обращений физических лиц, по которым проведены служебные расследования, взяты объяснительные с сотрудников, из них обращения обоснованных - 4, необоснованное -5. Все случаи разобраны на производственных совещаниях, в отношении виновных сотрудников приняты управленческие решения, вынесены административные взыскания.

На телефон доверия поступило 1104 устных обращений, из них по записи на прием к врачу, к медсестре, прикрепленю, по выписке бесплатных рецептов

5.3. Безопасность пациентов

- Разработана программа управления рисками;
- проведена работа по полному оборудованию объекта на предмет доступности для всех категорий инвалидов.

5.4. 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 непринятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины неисполнения
1	2	3	4	5	6
Возникновение внутрибольнич	- На показатель качества;	- Ухудшение показателей стационара (увеличение	1. Комплексные мероприятия по	1. Создана комиссия инфекционного контроля,	-

ной инфекции (БВИ)	<p>- На репутацию</p> <p>Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.</p> <p>Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.</p>	<p>срока пребывания пациента в , регистрация ВБИ</p> <p>- Дополнительные финансовые затраты;</p>	<p>профилактике ВБИ</p> <p>2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация.</p>	<p>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, в 2017 г. не зарегистрировано ВБИ</p>	

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной аккредитаций: ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации. Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации: идентификация пациентов.

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

Для внедрения новых технологий в Организации ведется работа по организации и проведению мастер-классов ведущими зарубежными специалистами. За отчетный период в рамках в Организации проведены 7 мастер-класс.

Планируется в 2018 году обучение сотрудников английскому языку

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 на 10% (Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку в т.ч. за рубежом); отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 83,5% от плана. 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 составила 3,8%, из них уровень текучести врачей –3% (план «не более» 10%), СМР – 37% (план – «не более» 20%), ММП – 0% (план – «не более» 25%).

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

В рамках данной цели запланированные мероприятия исполнены в 2017 году.

В Организации 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 Организации на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 12 общих поликлинических конференций для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

Во всех конференциях принимали участие средние медработники Поликлиники.

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

7.1. Аккредитация поликлиники (национальная и/или международная)

В 2016 году Организация успешно прошла Национальную аккредитацию, в 2017 году – проведена работа по подготовке к проведению международной аккредитации.

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- пересмотрены карты процессов, стандарты операционных процедур структурных подразделений, программы по улучшению качества предоставления медицинских услуг;

- разработаны графики клинических аудитов, внутренних аудитов структурных подразделений;

- в связи с переходом поликлиники на МС ИСО 9001:2015 был разработан план по переходу на новую версию, актуализировано Руководство по качеству и утверждено 10.11.2017г

По оценке отдела менеджмента качества и безопасности пациентов, уровень соблюдения стандартов аккредитации в Организации за отчетный период составляет 100%.

В 2016 году национальной комиссией проведена проверка Организации. Экспертами данной комиссии анализирована вся деятельность клиники – работа врачей, среднего и младшего медицинского персонала, административного блока, инженерных и немедицинских служб. По результатам данной проверки Организацией успешно пройдена аккредитация, что подтверждает ориентированность деятельности поликлиники на высокие стандарты качества и безопасность лечения пациентов.

7.2. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

С января 2017 года проводится анализ обеспеченности инвалидов бесплатными лекарственными средствами. Так например за 2017 год обеспечены бесплатными лекарственными средствами 342 на сумму 158898341 т. Членами комиссии проведено обсуждение Казахстанского национального лекарственного Формуляра и разработка ЛФ на 2018 год. Основной момент это формирование регистров пациентов с хроническими заболеваниями согласно приказа № 666 от 29.08.2017 года «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами».

За 2017 год выписано лекарственных средств по ГОБМП на сумму 478953550,901 тенге, это на 109304530,89 больше, чем в 2016 году (369649020,01т.) подлежало диспансерных 14464, это больше на 1792 больных чем в 2016 году (2016-12672 диспансерных).

ПРИЛОЖЕНИЯ 1

1. Стратегическое направление (финансы).

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	план	факт
1	2	3	4	5	6	
					2017 год	2017год
	Целевые индикаторы					
1.	Рентабельность активов (ROA)	%	смета	Гл.бух	-0,03	-0,03%
2.	Просроченная кредиторская задолженность	%	смета	Гл.бух	0	0

2. Стратегическое направление (клиенты).

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	план	факт
1	2	3	4	5	6	
					2017 год	2017 год
1.	Уровень удовлетворённости клиентов качеством медицинских услуг	%	анкета	Менеджер по качеству мед услуг	90	90
2.	Отсутствие обоснованных жалоб	шт	Обращения граждан	Менеджер по качеству мед услуг	0	0
3.	Наличие аккредитации медицинской организации	Да/нет	Свидетельство об аккредитации	Зам по КМУ	да	да

3. Стратегическое направление (повышение кадрового потенциала и развитие персонала)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	план	факт
1	2	3	4	5	6	
	Целевые индикаторы				2017 год	2017 год
1	Соотношение средней заработной платы на одну ставку врача к средней заработной плате в экономике	%	Стат. данные	Специалист отдела кадров	1,5	1,5
2	Текущность производственного персонала	%	Стат. данные	Специалист отдела кадров	4,2	4,2
3	Уровень удовлетворённости медицинского персонала	%	Стат. данные	Специалист отдела кадров	83,5	83,5
4	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку	%	Стат. данные	Специалист отдела кадров	100	100
5	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	Стат. данные	Специалист отдела кадров	96,5	96,5

4. Стратегическое направление Повышение эффективности здравоохранения.

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	план	факт
1	2	3	4	5	6	
	Целевые индикаторы					
1.	Время ожидания приёма к узким специалистам в рамках ГОБМП	дни	Стат. данные	Зам по ОМП	12	12
2.	Доля пролеченных по СЗТ от всеобщего объема ГОБМП	%	Стат. данные	Зав дневн стационаром	3,2	3,2
3.	Доля медицинского персонала, владеющих английским языком на уровне Intermediate	%	Личное дело	Отдел кадров	0%	0%