

«Утверждаю»
Директор ГКП на ПХВ «Областной
кардиологический центр» г. Талдыкорган
_____ **Султанбеков Р. Т.**
« _____ » _____ 2018г.

Годовой отчет о деятельности организации
здравоохранения
ГКП на ПХВ «Областной кардиологический центр»
за 2017 год

г.Талдыкорган

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

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

ГКП на ПХВ Областной кардиологический центр оказывает первичную медико-санитарную помощь: скорая медицинская помощь, доврачебная; консультативно-диагностическую медицинскую помощь взрослому населению по специальностям: кардиология, кардиохирургия; стационарную медицинскую помощь взрослому населению по специальностям: анестезиология и реаниматология, кардиохирургия, кардиология, терапия общая, невропатология.

В структуру кардиологического центра входят:

- кардиохирургическое отделение на 15 коек (в том числе 3 реанимационные койки);
- отделение эндоваскулярной хирургии на 25 коек;
- кардиологическое отделение на 60 коек (в том числе , 6 реанимационных коек);
- дневной стационар – 5 коек
- клиничко-диагностическое отделение;
- клиничко-диагностическая лаборатория;
- приемное отделение;
- аптека;
- пищеблок;
- вспомогательные, хозяйственные и административные службы

Миссия

Все лучшее – знание, опыт и любовь во благо пациента!

Наша миссия - оказывать Человеку высококвалифицированную, доступную медицинскую помощь на основе стандартных и инновационных технологий и с использованием достижений мировой науки и практики в лечении болезни системы кровообращения.

Мы неуклонно повышаем эффективность диагностики, лечения, оздоровления и качество медицинского обслуживания пациентов, базируясь на опыте и традициях больницы, за счет постоянного повышения квалификации сотрудников и формирования высокой корпоративной культуры, профессиональной чести и гордости.

Мы осознаем ответственность перед каждым, кто обратился к нам за помощью.

Видение

Повышение качества жизни населения путем оказания высокоспециализированной и специализированной медицинской помощи с использованием достижений мировой науки и практики.

Совершенствование качества оказания медицинской помощи населению и реализация государственной политики в области здравоохранения.

Соответствовать высоким требованиям профессиональных и этических стандартов, укрепление корпоративной культуры, тем самым создать позитивный образ в глазах потребителей, конкурентов и общества в целом.

2017 год в цифрах

- Количество пролеченных пациентов: **2970**
- Количество проведенных операций: **1343**
- Доля внедренных международных стандартов: **95%**

- Снижение внутрибольничных инфекций ВБИ не регистрировалось
- Уровень использования коечного фонда: **100%**
- Проведено **3 мастер-классов**, из них **1 мастер-класс** с участием зарубежных специалистов.
- Пролечено **3 иностранных** пациентов
- Всего на конец 2017 года количество **сотрудников – 190**, из которых:
 - Медицинский персонал – 151 (39 врачей, 69 СМП, 43 ММП)
 - Прочий персонал – 39 .

1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

Основной целью деятельности ГКП на ПХВ «Областной кардиологический центр» является повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество в соответствии уровню заболеваемости и потребностям населения Алматинской области, передовым достижениям медицинской науки, повышение уровня здоровья и увеличения продолжительности и качества жизни населения путем снижения смертности и инвалидизации от Болезней системы кровообращения.

ГКП на ПХВ «Областной кардиологический центр" работает по следующим стратегическим направлениям:

- Обеспечение оказания высокоспециализированной качественной кардиохирургической и ангиохирургической помощи на уровне международных стандартов.
- Расширение перечня оказываемых услуг
- Усовершенствование материально-технической базы для внедрения самых современных и эффективных методов диагностики, лечения и профилактики.
- Развитие высокотехнологичной (инновационной) хирургической службы
- Подготовка медицинских кадров на уровне международных стандартов.
- Организационно-методическая и консультативная помощь регионам области по снижению смертности и инвалидизации от Болезней системы кровообращения.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета

Приказом Министерства здравоохранения РК № 52-Н от 23.02.2018 г. избран

Наблюдательный совет в следующем составе:

Председатель Наблюдательного Совета – Айкулов Куаныш Кажакулович

члены Наблюдательного Совета

- Султанбеков Рахимберди Турегелдиевич
- Алипбаева Бану Баубековна
- Нурмуханбетова Светлана Исмагуловна
- Жумашев Канат Калиханович

секретарь – Болат Аяулым Кайратқызы

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 наделенные соответствующими полномочиями в соответствии с утвержденной должностной инструкцией и Положением о Службе внутреннего аудита

Руководитель СВА - Даирбеков М.К.

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 7 индикаторов достигнуты 4 индикаторов, не достигнуты – 3.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
1	Количество мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья (по 021 БП) *	не менее 1	1	0	достиг
2	Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	20%	28%	17%	Достиг
3	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	не менее 1,5	1,7	1,5	Достиг
4	Текучесть кадров	не более 9%	7,6 %	7,9%	Достиг
5	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 70%	87%	78%	Достиг

Причины не достижения:
индикаторы достигнуты _____

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуты – 3.

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)	12,1 млн. тг.	12,1 млн. тг.	13,9 млн. тг.	Достиг
2	Амортизационный коэффициент	не более 10%	9,9%	10,7%	Достиг
3	Оборачиваемость активов	1,10%	1,10%	0,77%	Достиг
4	Рентабельность (эффективная деятельность)	0,3%	0,25%	0,3%	Не достиг
5	Рентабельность активов (ROA)	0,1%	0,07%	0,067%	Достиг
6	Доля доходов от платных услуг	не менее 2%	2,35%	1,7%	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 8 индикаторов наблюдается достижение 8 индикаторов, не достигнутых нет.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
1	Удовлетворенность пациентов	95%	96,7%	95%	Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 4%	0%	0%	Достиг
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 3,0%	1,1%	2,4%	Достиг
4	Общая летальность	не более 2,0%	1,44%	1,96%	Достиг
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0	Достиг
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 3%	0%	0%	Достиг
7	Доля пациентов, пролеченных по ВСМП	не менее 8,0%	8,2%	9,6%	Достиг
8	Время ожидания госпитализации в стационар	не более 14 дней	10 дней	10 дней	Достиг

Причины не достижения:

Все индикаторы достигнуты

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

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

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
-------	--------------	------------------	------------------	------------------	------------------------

1	Уровень компьютеризации рабочих мест	100%	100%	100%	Достиг
2	Оборот койки	не менее 26,90 раз	29,70 раз	32,58 раз	Достиг
3	Средняя занятость койки	100%	98,1%	100%	Не достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 10,0 дней	7,4 дней	7,4 дней	Достиг
5	Средняя длительность дооперационного пребывания	не более 3,0 дней	2,8 дней	2,9 дней	Достиг

Причины не достижения:

Из-за поломки ангиографического аппарата в начале 2017 года имелось простаивание кардиологических коек.

Цель 5: Научно-инновационная деятельность, конкурентоспособная на международном уровне

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнут – 1.

Индикаторы

	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт 2016 год	Сведения о достижении
1	Количество обученных сотрудников международным стандартам GCP	3	3	3	Достиг
2	Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed)	2	3	5	Достиг
3	Количество финансируемых научно-исследовательских программ (проектов), в т.ч. международные гранты	не менее 2	3	3	Достиг

Причины не достижения: все индикаторы достигнуты

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	80%	89%	98%
2	Удовлетворенность работников	86%	94%	98%
3	Доходы за отчетный период составляют	996 427 тыс.тенге	1 404 622 тыс.тенге	1 320 877 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	998 644 тыс.тенге	1 404 283 тыс.тенге	1 320 181 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	17 425 тыс.тенге	23 784 тыс.тенге	29 497 тыс.тенге
6	Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed)	2	3	4
7	Количество финансируемых научно-исследовательских программ (проектов), в т.ч. международных грантов	2	3	3
8	Количество пролеченных пациентов	3238	3258	2970

9	Летальность	1,88%	1,96%	1,44%
---	-------------	-------	-------	-------

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

4.1 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

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

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 29 497,7 тыс.тенге, в 2016 году – 23 784,7 тыс.тенге, темп роста в 2017 годом в сравнении с 2016 годом составил 124% .

4.2. Оценка эффективности использования основных средств

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг перевыполнены в сумме на 4 497,7 тыс. тенге (план 25 000 тыс.тенге, факт 29 497,7 тыс.тенге). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 24% в сравнении с прошлым годом и на 18% в сравнении с планом.

Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 1 320 877 тыс. тенге, что на 83 745 тыс. тенге меньше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год – 1 404 622 тыс. тенге). В общей структуре доходов 1 214 103,5 тыс. тенге (91,9%) составляет ГОБМП и 106 773,5 тыс. тенге (8,1%) другие доходы. Доход на 1 койку в 2017 году на 1,8 млн. тенге меньше . полученных доходов в 2016 году на 1 койку. Вместе с тем, порогового значения не достигли финансовые индикаторы:

«Амортизационный коэффициент» (при плане не более 10%, факт – 9,9%). По итогам 2017 года ожидалось увеличение балансовой стоимости фиксированных активов, которое было принято для расчета коэффициента.

«Рентабельность (эффективная деятельность)» (план – 0,3%, факт – 0,25%). Недостижение индикатора связано с неосвоением плана финансового результата согласно Плану развития в сумме 168,9 тыс. тенге. При этом утвержденным бюджетом на 2017 год был запланирована прибыль 993,9 тыс. тенге. «Рентабельность активов (ROA)» (план – 0,1%, факт – 0,07%). Недостижение индикатора связано с неосвоением плана финансового результата согласно Плану развития в сумме 168,9 тыс. тенге. При этом утвержденным бюджетом на 2017 год был запланирован прибыль 993,9 тыс. тенге.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1Привлечение (прикрепление)пациентов

За 2017 год в Организации было пролечено 2970 (2016г – 3258) пациент (в рамках ГОБМП), из них сельских жителей – 1224 – 41,2% (2016г – 1328 – 40,7%) наблюдается рост пролеченных больных из сельских местностей. В платном отделении пролечено больных – 60 (2016г – 61).

По итогам 2017 года было организовано 4 плановых выездов по Алматинской области. При выездах проконсультировано 685 пациентов, из них 13 больных были отобраны на оперативное лечение в Организации.

По линии «Санитарной авиации» было осуществлено 47 вылета в регионы к 59 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 анкетирования за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 96,7% против 95% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой Организации в 2016 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 повторного осмотра для контроля эффективности проведенного лечения и решения тактики дальнейшего ведения пациента. Также, в РГП «РЦРЗ» внесено предложение о том, что для ведения мониторинга после выписки необходимо между собой интегрировать такие программные комплексы как «РПН», «АИС», «ЭРСБ», «ЭРОБ», «ЭРДБ» и предоставить доступ соответствующим медицинским организациям на данные программы.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

Структура обращаемости, госпитализации и отказов приемного покоя: обращений 5476 (2016 г. – 6802) (2015 г. – 5818) человек. Количество госпитализаций 2840 – 51,8 % (2016 г. 3195 – 47%), 2015 г – 3100 – 53,3%), - из них экстренная – 2111 – 74,3% (2016г. 2399 – 75%), (2015г. -2024 65,3%) – из них плановая 729 -25,7%) (2016г. – 796 – 25%), (2015 г. – 1076 -34,3%). Отказано в госпитализации – 2636 – 48,2% (2016г. – 3607 – 53%), (2015 г. – 2718 – 46,7%).

В Организации отмечается уменьшение оборота койки на 8,8%: с 32,58 в 2016 г. до 29,70 в 2017г., при плане 26,90 в 2017г. При этом, количество поступивших больных уменьшилось на 11%: с 3195 поступивших больных за 2016 г, до 2840 в 2017 г.; уменьшилось количество выписанных за 2017 г. на 8,8%, что составило 2970 против 3258 за 2016 г.

Доля пациентов, пролеченных по ВСМП в 2017 году составила 8,2% при плане 8,0% в 2016 году 9,6%.

5.4. Безопасность пациентов

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

проведена оценка 8 индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;

внедрены 29 индикаторов качества и 24 приоритетных работ для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

пересмотрены 44 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 56 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;

в области анестезиологии и реанимации переутверждено «Руководство по анестезии и седации», разработаны и внедрены 28 алгоритмов проведения манипуляций.

Внедрение современных и высокотехнологичных медицинских услуг

Для участия в выборе поставщика оказания высокотехнологичных медицинских услуг на 2018 год одобрены 17 технологий из них 2 новые медицинские технологии по диагностике и лечению заболеваний кардиологических больных. С момента открытия за 2017 год проведено операций.

В связи с внедрением новых технологий важнейшим механизмом трансферта является обучение и повышение квалификации специалистов из регионов. Продолжается консультация по отбору тяжелых больных с ВПС, подлежащих на оперативное лечение, дистанционное участие в мастер-классах, проведение семинаров по актуальным вопросам кардиохирургии, кардиологии и интервенционной кардиологии. Количество проведенных на базе Организации мастер-классов специалистов (независимо от источников финансирования) составило 40 за 2017 год. За 2017 г. было проведено 3 мастер-классов с участием ведущих зарубежных специалистов и специалистов национальных центров хирургии и кардиохирургии. Из них 3 мастер-класса проведены в рамках 059 бюджетной программы. Результатом данных мастер-классов является 3 акта внедрения новых методов.

5.5. Управление рисками

В Центре 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

Наименованиевоз можногориска	Цель, на которую может повлиять данный риск	Возможные последствия в случае непринятия мер по управлению рисками	Запланирова нные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины не исполнения
1	2	3	4	5	6
Возникновение внутрибольничной инфекции (БВИ)	- На показатель качества; - На репутацию Цель 1: Создание пациент- ориентированно й системы оказания медицинской помощи. Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.	- Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от БВИ в стационаре); - Дополнительн ые финансовые затраты;	1. Комплексн ые мероприятия по профилактик е БВИ 2. В случае возникновен ия, мероприятия , направленны е на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация.	1. Создана комиссия инфекционного контроля, действу ющая согласно Типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций; 2. Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля	-

Внутрибольничных инфекций за период 2017 года выявлено не было.

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 ЕНСЗ; проведение экспертизы медицинской помощи по летальным случаям, которые разобраны на КИЛИ, за исключением прошедших проверку 7 случаев. 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:

Для внедрения новых технологий в Центре проведена работа по организации и проведению мастер-классов с участием ведущих зарубежных специалистов и специалистов национальных центров хирургии и кардиохирургии. Всего проведено 3 мастер класса

- в рамках проведения месячника по ВТМУ на базе Областного кардиологического центра проведен мастер-класс операция по установке сложных устройств на сердце, имплантация однокамерного имплантируемого кардиовертер-дефибриллятора совместно д.м.н. ННКЦ г. Астаны Абдрахманов Аян Сулейменовичом. Мастер класс по проведению операции по установке сложных устройств на сердце, имплантация трехкамерного имплантируемого кардиовертер-дефибриллятора(CRT-D) совместно д.м.н. НЦХ им.Сызганова г. Алматы Баимбетов Адиль Кудайбергенович.

- мастер класс по обмену опытом ведения искусственного кровообращения при проведении кардиохирургических операций на открытом сердце с участием сертифицированного перфузиолога Уинфрида Драмбура, Германия

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 54 сотрудников Организации, что составляет 28% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 36, СМР – 61, АУП – 4, прочие – 14 человек.

Для развития партнерских отношений, подготовки специалистов к обучению в международных клиниках с декабря 2017 года проводится обучение сотрудников английскому языку. В отчетном году обучение прошли 17 сотрудников (при плане «не менее 15 человек»): врачей – 10, СМР – 7.

С целью определения удовлетворенности персонала, проведено анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Уровень удовлетворенности персонала в 2017 г. – 89%). Текучесть кадров за отчетный год составляет 7,6 % при плане «не более» 9%, из них уровень текучести производственного персонала (врачей, СМР, ММП) – 5,3% (план «не более» 10%)

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

В ГКП на ПХВ Областной кардиологический центр особое внимание уделяется профессиональному развитию среднего медицинского персонала, включая расширение их прав и полномочий, улучшение клинических навыков и этического поведения. В связи с этим на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 6 общебольничных конференций для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

Во всех конференциях принимали участие специалисты сестринского дела клинических отделений и вспомогательных служб.

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

Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

Система оплаты труда с дифференцированной бонусной системой в ГКП на ПХВ «Областной кардиологический центр» разработана и внедрена в 2013 году.

Коллективным договором от 15 марта 2016 года с учетом внесенных изменений утверждено Положение об оплате труда и иного вознаграждения работников государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения «Областной кардиологический центр» ГУ «Управление здравоохранения Алматинской области». Положение определяет задачи и принципы в сфере организации оплаты труда, порядок формирования и распределения фонда оплаты труда, порядок определения форм и размеров оплаты труда, выплат стимулирующего, компенсационного и социального характера.

6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала

Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

ГКП на ПХВ Областной кардиологический центр на постоянной основе проводит мероприятия по развитию корпоративной культуры и поддержанию корпоративных ценностей. Сотрудники при приеме на работу изучают Кодекс деловой этики, Трудовой распорядок, историю возникновения и развития центра.

В 2017 году проведены 4 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыз мейрамы», «Дня медицинского работника», «Дня независимости».

По запросам Управления здравоохранения Алматинской области, а также областного и городского Акиматов, проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников Центра.

В рамках празднования Наурыз-мейрамы были проведены культурно – массовые и спортивные мероприятия. Коллективам отделений были вручены ценные подарки. В честь празднования Международного дня медицинской сестры были награждены 12 медсестер, Дня медицинского работника- 20 медицинских работников, день Независимости Республики Казахстан -27 специалистов. Коллектив Областного кардиологического центра активно участвует во всех спортивных мероприятиях организованных на уровне Области.

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 16, из них АУП – 2, врачи – 3, СМР –3 , ММП –3, прочие -3. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 16, из них 2 сотрудников – выход на пенсию, 3 – переезд в другой город, 2 – профессиональный рост, 9 – перевод на другую работу.

6.4 Управление рисками

Функция управления рисками Предприятия осуществляет в отношении финансовых рисков (кредитных, рыночных, риск ликвидности и риск процентной ставки), операционного и юридического рисков. Главной задачей функции управления финансовыми рисками являются определение лимитов риска и дальнейшее обеспечение соблюдения установленных лимитов. Управление операционными и юридическим рисками должно обеспечивать надежное функционирование внутренней политики и процедур Предприятия в целях минимизации данных рисков.

Рыночный риск.

Рыночный риск – это риск того, что справедливая стоимость будущих денежных потоков по финансовому инструменту будет колебаться вследствие изменений рыночных цен. Рыночные цены включает в себя три типа риска: риск изменения процентной ставки, валютный риск и прочие ценовые риски.

Риск ликвидности

При управлении риском ликвидности главная цель Предприятия состоит в том, чтобы гарантировать, что она имеет возможность погасить все обязательства по мере наступления срока погашения. Предприятие осуществляет контроль за риском недостатка денежных средств с использованием долгосрочных прогнозов ожидаемых потоков денежных средств по операционной деятельности.

Операционный риск – это риск, возникающий в ходе текущей операционной деятельности, приводящий к нарушению нормального ритма производства, замедлению или снижению реализации готовой продукции, а также в связи с неожиданными изменениями, внесенными в законодательный и регулирующие требования, которые приводят к неожиданным финансовым и операционным убыткам.

Политика управления операционными рисками рассматривается как важный элемент корпоративной культуры Предприятия и доводится до сведения всех сотрудников функциональных подразделений. Предприятие поддерживает эффективный обмен информацией, необходимой для оперативного и стратегического управления операционными рисками, между руководством Предприятия и всеми функциональными подразделениями.

Валютный риск – это риск того, что стоимость монетарных активов и обязательств в иностранной валюте будет колебаться вследствие изменений курса обмена иностранных валют. На Предприятии не существует Риска изменения обменных курсов, так как операции проводимые в иностранной валюте в отношении активов и обязательств отсутствуют.

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

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

- обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено 22 сотрудников);
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 173 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 12 сотрудникам);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 1 сотрудников);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 3 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 2014 году Организация успешно прошла аккредитацию, в 2017 году - реаккредитацию.

В рамках подготовки к прохождению реаккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- проведена оценка 8 индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;
- внедрены 29 индикаторы качества и 24 приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;
- пересмотрены 44 правил для сотрудников, описывающие процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации, в соответствии с международными требованиями;
- пересмотрены 56 клинических протоколов диагностики и лечения нейрохирургических пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины; пересмотрены 16 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;
- в области анестезиологии и реанимации переутверждено «Руководство по анестезии и седации», разработаны и внедрены 28 алгоритмов проведения манипуляций; осуществлен проект по снижению рисков (FMEA) на тему: «Снижение риска процедурных кабинетов, путем создания Отдела госпитальной фармации, включающего группы клинической фармакологии, фармации, аптеки (склада);
- внедрены стандарты госпитального сервиса по дорожной карте путем создания Сектора госпитального сервиса в составе Управления контроля качества с передачей функции Call-центра, регистратуры и пункта приема денег.

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

В 2017 году независимой международной 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 реаккредитация, что подтверждает ориентированность деятельности клиники на высокие стандарты качества и безопасность лечения пациентов.

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

Уровень использования коечного фонда за 2016 год составил 100% при плане 100%.

За 2017 год средняя длительность пребывания (СДП) пациентов в отделениях 7,4 дней, в 2016 г. 7,4 дней, при плане 10,0 дней за 2017 г.

Структура обращаемости, госпитализации и отказов приемного покоя: обращений 5476 (2016 г. – 6802) (2015 г. – 5818) человек. Количество госпитализаций 2840 – 51,8 % (2016 г. 3195 – 47%), 2015 г – 3100 – 53,3%), - из них экстренная – 2111 – 74,3% (2016г. 2399 – 75%), (2015г. -2024 65,3%) – из них плановая 729 -25,7%) (2016г. – 796 – 25%), (2015 г. – 1076 -34,3%). Отказано в госпитализации – 2636 – 48,2% (2016г. – 3607 – 53%), (2015 г. – 2718 – 46,7%).

В Организации отмечается уменьшение оборота койки на 8,8%: с 32,58 в 2016 г. до 29,70 в 2017г., при плане 26,90 в 2017г. При этом, количество поступивших больных уменьшилось на 11%: с 3195 поступивших больных за 2016 г, до 2840 в 2017 г.; уменьшилось количество выписанных за 2017 г. на 8,8%, что составило 2970 против 3258 за 2016 г.

Доля пациентов, пролеченных по ВСМП в 2017 году составила 8,2% при плане 8,0% в 2016 году 9,6%.

За 2017 год наблюдается снижение показателей госпитальной летальности с 1,96 в 2016г. до 1,44 в 2017 г. Также отмечается снижение послеоперационной летальности с 2,4 в 2016 г. до 1,1 в 2017 г.

За 2016- 2017 г. показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) - 0%.

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

В Организации в области лекарственной безопасности переутверждены «Руководство по использованию лекарственных средств», «Руководство по антибиотикопрфилактике»

(приказ Председателя Правления № 9-8 от 15.05.2015 г. «О внесении изменений и дополнений в приказ № 10-02/28 от 17.02.2015 года»).

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

Для достижения данной цели определены 4 задачи, в которых предусмотрены 5 мероприятий и 4 индикатора.

Задача 1. Внедрение международных стандартов менеджмента научной деятельности:

Мероприятие 1. Приведение научно-исследовательского процесса к международным стандартам (GCP).

С 28 ноября по 2 декабря 2017 года на базе РГП на ПХВ «РЦРЗ» проведено обучение 3 сотрудников Организации по теме: «Надлежащая клиническая практика (GCP)/Надлежащая клиническая лабораторная практика (GCLP). Этика научных исследований».

Данное мероприятие неисполнено ввиду того, что научные исследования не предполагали получение дохода от коммерциализации результатов научных исследований.

Задача 2. Интеграция в международное научное сообщество, включая участие в международных мультицентровых клинических испытаниях и облачных исследованиях:

Мероприятие 1. Налаживание активного международного сотрудничества с мировыми медицинскими научными центрами.

Организацией на постоянной основе ведется деловая переписка с мировыми медицинскими научными центрами.

В отчетном году заключены следующие меморандумы:

Задача 3. Обеспечение коммерческой привлекательности научных разработок:

Мероприятие 1. Проведение научной деятельности в рамках бюджетных программ (научные гранты из различных источников).

Организацией подписан договор с Комитетом науки Министерства образования и науки РК (далее – КН МОН РК) №165 от 04.01.2017 г. о финансировании 3 проектов в рамках ГФ.

Мероприятие 2. Разработка и внедрение эффективных механизмов коммерциализации результатов научных исследований и разработок.

На заседании Ученого совета Организации представлен перечень механизмов коммерциализации результатов научной деятельности, составленный согласно пунктам Закона РК «О коммерциализации результатов научной и (или) научно-технической деятельности» № 381-V ЗРК от 31 октября 2015 года. Сотрудники отделений ознакомлены с перечнем механизмов коммерциализации результатов научной деятельности для дальнейшего внедрения в планы работы отделений.

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	12,1	12,1	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 7,4%	9,9%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	0,1%	0,07%	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	95%	98%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	Стат.данные	Стат.отдел	не более 2,0%	1,1%	Достиг
3	Доля пациентов, пролеченных по ВСМП*	%	Стат.данные	Стат.отдел	не менее 8,0%	8,2 %	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 GCP*	Кол-во	Отчет от HR-службы	HR-служба	3	3	Достиг
2	Текущая текучесть кадров*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не более 9%	8,5%	Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не менее 70%	85%	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 10 дней	7,4	Достиг
3	Оборот койки*	Кол-во	Стат.данные	Заместитель главного врача	не менее 26,9 раза	29,7	Достиг

*-пример