

Утверждено
Директор КГП «ОКЦ»
А.Г. Магзумов



Годовой отчет о деятельности организации здравоохранения для опубликования на сайте
КГП «Областной кардиохирургический центр»
(наименование медицинской организации)
за 2017год

г. Караганда
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 поддержки пациентов и внутреннего контроля.

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 стационарозаменяющих 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)

КГП «Областной кардиохирургический центр» является основным поставщиком медицинских услуг в рамках ГОБМП в Карагандинском регионе, по интервенционной кардиологии, взрослой и детской кардиохирургии, аритмологии, сосудистой хирургии. Лечение сердечно-сосудистой патологии проводится согласно международных стандартов.

Центр оснащен современным, высокотехнологичным медицинским оборудованием на 100%. Специалисты центра, прошедшие обучение в США, Италии, Израиле, Германии, России, Польше, Литве, активно внедряют инновационные технологии при диагностике и лечении больных с сердечно-сосудистой патологией.

Миссия

- Улучшая здоровье пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, мы способствуем увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения.

Видение

«КГП «Областной кардиохирургический центр» являясь одним из ведущих кардиохирургических центров Республики Казахстан, управляемый командой профессионалов, укомплектованный высококвалифицированными специалистами, оснащенный высокотехнологичным оборудованием, планирует продвижение своих услуг в странах ближнего и дальнего зарубежья.

2017 год в цифрах

- Количество пролеченных пациентов: **5251**
- Количество проведенных операций: **3136**, коронаро-ангиографий-3576
- Доля внедренных международных стандартов: **100%**
- Снижение внутрибольничных инфекций ВБИ с 0,002% в 2016 г. до **0% в 2017 году**
- Уровень использования коечного фонда: **94,8%**
- Проведено **3 мастер-классов**, все с участием зарубежных специалистов
- Пролечено **14 иностранных** пациентов
- Всего на конец 2017 года количество **сотрудников – 342**, из которых:
 - Медицинский персонал – 290 (55 врачей, 145 СМП, 90 ММП)
 - Административно-управленческий, прочий персонал – 52
- Текучесть персонала 14% в 2016 году и **13% в 2017 году**
- Выручка от оказания услуг: **3 477 562,8 тыс. тенге**, прибыль за год: **112 133,7 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: Предоставление качественной и доступной специализированной помощи и ВТМУ населению Карагандинской области

3. Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров для оказания специализированной помощи и ВТМУ населению Карагандинской области по международным стандартам.

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

Цель 2: Обеспечение трансферта технологий в систему здравоохранения Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

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

Приказом Управления здравоохранения Карагандинской области №346-ө от 15.05.2017 года избран Наблюдательный совет в следующем составе:

Председатель Наблюдательного совета – Жумакаев Д.М.- директор КГП «Областной онкологический центр»

члены Наблюдательного совета:

- Амиркулова С.А. - руководитель отдела по развитию и координации стационарной помощи ГУ «Управления здравоохранения Карагандинской области»

- Тайшиков М.Ш. - директор КГП «Областная челюстно-лицевая больница»

- Мадиярова А. А. – председатель Карагандинского областного филиала ОО «Казахстанский отраслевой профессиональный союз работников здравоохранения»

- Магзумов А.Г.- директор КГП «Областной кардиохирургический центр»

секретарь – Мусина М.К.- главный экономист КГП «Областной кардиохирургический центр»

За 2017 года было проведено 4 заседания, в очной форме

2.2. Состав и деятельность Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля.

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

Начальник СППВК - Жазбаева Г.Ж.

Врач-эксперт СППВК Турганбаева С.Г.

Основными направлениями работы СППВК являются:

- анализ отчетов по работе клинических подразделений;
- анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;
- 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;

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных к оказанию СМП и ВТМУ по международным стандартам

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов достигнуты 2 индикатора, 1 не достигнут.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижении
1	Подготовка и повышение квалификации специалистов для внедрения новых технологий диагностики и лечения.	67,1%	За 2017 год квалификационную категорию защитили 9 врачей (из них 4 на высшую) и 14 средних медработников Уровень категоричности составил 68%	Достигнуто
2	Повышение категоричности врачей и среднего медицинского персонала центра, в частности врачей анестезиологии и реанимации.	Согласно плана запланировано повышение квалификации 49 человек	Повышение квалификации за отчетный период прошли 50 сотрудника: - Врачи 15 - Средние медработники 32 - Провизоры 2 - Специалист отдела кадров 1	Достигнуто
3	Укомплектованность врачебными кадрами Снижение дефицита. Коэффициент совмещение не более 1,25	1,25	1,8	Не достигнуто

Причины не достижения: Индикатор 3 невыполним, необходимо пересмотреть пороговое значение

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов достигнуты 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)	21,4 млн. тг.	21,4 млн. тг.	21,4 млн. тг.	Достигнуто
2	Амортизационный коэффициент	не более 40%	39,5%	33,6%	Достигнуто
3	Оборачиваемость активов	0,73%	0,73%	0,73%	Достигнуто
4	Рентабельность активов (ROA)	2,2%	2,2%	2,0%	Достигнуто
5	Доля доходов от платных услуг	не менее 0,6%	0,6%	0,6%	Достигнуто

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 10 индикаторов наблюдается достижение 10 индикаторов-100%

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижении
1	Удовлетворенность пациентов	95%	95%	Достигнуто
2	Показатели ВБИ	не более 4%	0%	Достигнуто
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 3,9%	2,6%	Достигнуто
4	Общая летальность	не более 3,3%	2,4%	Достигнуто
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	Достигнуто
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 3%	1,55%	Достигнуто
7	Показатель случаев расхождения основного клинического и патологоанатомического диагнозов	100% отсутствие	100% отсутствие	Достигнуто
8	Показатель повторного незапланированного поступления в течение месяца по поводу одного и того же заболевания	100% отсутствие	100% отсутствие	Достигнуто
9	Отсутствие обоснованных жалоб за отчетный период	0	0	Достигнуто
10	Снижение количества обращений населения в центральные государственные органы по вопросам оказания медицинских услуг в сравнении с предыдущим отчетным периодом	снижение	0	Достигнуто

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 индикатор.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижении
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	100%	100%	Достигнуто
2	Работа койки	320	303,5	Не достигнуто
3	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	9,9	9,1	Достигнуто
4	Средняя длительность дооперационного пребывания	3	2,1	Достигнуто

5	Повышение процента плановой госпитализации в стационар	41,6%	51,7	Достигнуто
---	--	-------	------	------------

Причины не достижения: ограничение государственного заказа на оказание специализированной медицинской помощи

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	80,2%	85,8%	95%
2	Удовлетворенность работников	72,2%	81,8%	96,4%
3	Доходы за отчетный период составляют	2 719 270,3 тыс.тенге	3 449 749,7 тыс.тенге	3 477 562,8 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	2 565 217,9 тыс.тенге	3 328 672,1 тыс.тенге	3 365 429,1 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	15 217,7 тыс.тенге	19 423,1 тыс.тенге	20 341,8 тыс.тенге
6	Количество пролеченных пациентов	5081	4877	5251
7	Летальность	3,3%	3,4%	2,4%

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

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

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг недовыполнены в сумме на 4 658,2 тыс. тенге (план 25 000,0 тыс.тенге, факт 20 341,8 тыс.тенге). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 4,7% в сравнении с прошлым годом и на 18 ,6% снижение в сравнении с планом.

Кроме того, на 259% (в 2,6 раза) от значения прошлого года превышают доходы от вознаграждения банка (в 2016 году – 26 601,7 тыс.тенге, в 2017 году – 69 034,7 тыс.тенге).

Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 3 477 562,8 тыс. тенге, что на 27 813,1 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год - 3 449 749,7 тыс. тенге). В общей структуре доходов 3 247 851,3 тыс. тенге (93,4%) составляет ГОБМП и 229 711,5 тыс. тенге (6,6%) другие доходы. Доход на 1 койку на 0,1 млн. тенге меньше доходов прошлого года (в 2017 году – 20,4 млн. тенге, в 2016 году – 20,5 млн. 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.

За 2017 год в Прейскурант цен на платные услуги включена 1 новая услуга: Газовая стерилизация низкой температуры хирургических деликатных инструментов и изделий медицинского назначения (пластик, резина).

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 20 341,8 тыс.тенге (в 2016 году –19 423,1 тыс.тенге) (81,4%) при плане – 25 000,0 тыс.тенге.

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

В рамках данного мероприятия проведено следующее:

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, проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook, «Instagram. В 5 поликлиник, 6 стационаров обеспечены буклетами об Организации, неоднократно местными и ведущими Республиканскими СМИ освещалась работа Организации по всем направлениям, проведена рассылка в СМИ пресс-релизов и фотоматериалов, в местных печатных изданиях ежемесячно публиковались материалы о ведущих специалистах Центра.

2) Сбыт (развитие платных услуг; услуг субподряда, хоздоговора).

Заключены договора со всеми ПМСП Карагандинской области о оказании услуг в рамках соисполнения, со всеми круглосуточными стационарами заключены договора о оказании платных консультативно-диагностических услугах.

4.3. Оценка эффективности использования основных средств

Основные средства представляют собой материальные активы, которые используются в производстве, продаже товаров и административных целях. Согласно учетной политике предприятия основные средства оцениваются по фактической себестоимости на момент приобретения или сооружения. Ко всем классам основных средств применяется метод учета по фактической себестоимости за вычетом накопленной амортизации и накопленных убытков от обесценения. Для всех основных средств применяется прямолинейный метод амортизации.

«Основные средства» по первоначальной стоимости составляет 4 842 918,2 тыс. тенге, на 8032,1 тыс. тенге меньше, за счет передачи в другим медицинским организациям и списания по ветхости (2016 год – 4 850 950,3 тыс. тенге).

За отчетный период произошло увеличение основных средств на сумму 139 287,5 тыс. тенге, в том числе за счет бюджетных средств – 139 287,5 тыс. тенге

За отчетный период произошло уменьшение основных средств на сумму 147 319,7 тыс. тенге, в том числе за счет:

- безвозмездно переданы основные средства другое медицинское учреждение - 7 560,0 тыс. тенге.

- списано по ветхости на сумму 139 759,7 тыс.тенге

Амортизация основных средств составляет 1 914 828,8 тыс. тенге.

Прочие нематериальные активы составляет 8 080,4 тыс. тенге.

За отчетный период произошло увеличение нематериальных активов на сумму 3 548,0 тыс. тенге, в том числе за счет бюджетных средств 3 548,0 тыс. тенге

Амортизация прочих нематериальных активов составляет 3 625,9 тыс. тенге.

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 5251 пациент (в рамках ГОБМП), что на 7,6% больше по сравнению с показателем за 2016 г. – 4877, с остальными годами разница небольшая (2015 г. – 5081, за 2014 г. – 5128 пациентов).

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделения в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 305 дней работы койки в 2017 году, (нормативная нагрузка работы койки по Меморандуму– 320 дней в год).

Доля сельских пациентов с районов в 2017 году составила 17% против 14,5% в 2016 году. Наибольший удельный вес среди пациентов составляют жители Караганды – 49% С других областей пролечено 103 пациента: Южно-Казахстанской – 18чел, Восточно-Казахстанской – 6чел, Акмолинской – 11чел, Павлодарской – 6, Жамбылской – 8, Актюбинской – 2, Костанай-10, Астана-16, Алмаатинская-19 и др.

Организационно-методическая работа

1. Осуществлены выезды в регионы с высокой смертностью и низкой заболеваемостью, проведена организационно-методическая работа по улучшению качества скрининговых осмотров, даны рекомендации по дальнейшему увеличению данного показателя. (ПК№1,4, 2,3 г. Караганда, ЦБ г. Сарань, ЦБ г.Абай, ЦБ г. Шахтинск,г. Темиртау, Нуринский, Шетский, Бухар-жырауский районы).
2. На базе КГП «ОКЦ» открыт «Ситуационный центр» для мониторинга и координации ситуации в регионе в целом. Налажена связь ответственных по БСК в медицинских организациях области с центром ЧКВ с целью соблюдения преемственности и организационно - методической помощи, проводятся ежемесячные совещания, мониторинг преемственности и качества диспансеризации посредством КМИС. Проводятся ежеквартальные совещания региональных кардиологов, обсуждение проблемных вопросов, анализ ситуации по БСК в разрезе регионов области, МО.
3. На уровне «Ситуационного центра» КГП «ОКЦ» установлена программа «АДИС», проводится ежедневный и еженедельный мониторинг качества оказываемой помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе. К программе подключены 2 станции и 20 подстанций СМП Карагандинской области. Еженедельно по понедельникам проводится селекторное совещание с зам. руководителя УЗКО по отчету за прошедшую неделю. Предоставляется оперативная и аналитическая информация.
4. Внедрена телеметрическая ЭКГ диагностика с базой на уровне КГП «Областной кардиохирургический центр» для создания областной телемедицинской сети ЭКГ диагностики между центром ЧКВ и районами области, с целью своевременной диагностики и доставки пациентов в центр ЧКВ пациентов из отдаленных районов. Данные аппараты установлены в центральных районных больницах – 9 ЦРБ Абайского, Бухар-жырауского, Нуринского, Шетского, Каркаралинского, Актогайского, Жанааркинского, Улытауского, Осакаровского районов, ЦБ г. Приозерск, ЦБ г. Каражал (всего 16 аппаратов). Районная сеть телеметрической ЭКГ диагностики создана в Абайском и Улытауском районе, Каркаралинском районе для своевременной ЭКГ

диагностики на уровне сельских СВА, со связью с центром ЧКВ (13 аппаратов ЭКГ, подключено 13 СВА). В 3 квартале закуплены телеметрические аппараты для сельских ВА В Шестком районе – 2 ед. техники. Итого закуплено – 31 аппаратов. По итогам 4 квартала телеметрические аппараты закуплены на отделения и станции СМП, всего 31 аппарат ЭКГ, итого за 12 месяцев 2017 года закуплено – 62 телеметрических аппаратов ЭКГ. По итогам 2017 года проведено 6245 интерпретаций ЭКГ по телемедицине, даны рекомендации по тактике ведения пациентов по экстренным случаям, что позволило значительно улучшить своевременность диагностики ОКС на уровне сельских регионов.

5. По линии «Санитарной авиации» было осуществлено 152 выездов в регионы, проведено 86 оперативных вмешательств на «месте».

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

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов Организацией ежемесячно проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетирований за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 96,7% против 95% в 2016 году.

С целью мониторинга состояния пациента в выписном эпикризе врачами указывается дата повторного осмотра для контроля эффективности проведенного лечения и решения тактики дальнейшего ведения пациента на уровне ПМСП. Также выписки на ПМСП передаются в электронном варианте.

В результате проведенной работы не было ни одной жалобы в ККМФД- КООЗ

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается увеличение оборота койки на : с 30,1 в 2016 г. до 34 в 2017г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество пролеченных больных увеличилось на 7,6%

Доля пациентов, пролеченных по ВТМУ в 2017 году составила 26,3% при плане 27,0% против 29,6% в 2016 году. Это связано с перехода ряда технологий ВТМУ в специализированную медицинскую помощь

5.4. Безопасность пациентов

Для достижения целей осуществлены следующие мероприятия:

Используются алгоритмы и клинические протоколы диагностики и лечения пациентов, рекомендованные Экспертной комиссией МЗ РК.

Разработаны и внедрены внутренние протоколы диагностики и лечения пациентов по нозологиям, которые отсутствуют в перечне МЗ РК.

Также разработаны и используются стандарты по проведению операций и манипуляциям.

Разработаны компетенции для средних медработников и введены листы оценки компетенции.

Разработан инструктаж введения в должность среднего персонала по соблюдению качества оказания медицинской помощи и безопасности пациента

пересмотрены 35 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, в том числе 14 СОПов операционного блока

5.5. Управление рисками

Организацией проводится работа по предупреждению развития инцидентов, в связи с чем были разработаны возможные риски и меры их предупреждения на всех этапах работы с пациентом, хозяйственные риски, финансово – экономические риски. При возникновении инцидента – проводится разбор с целью выявления причин возникновения инцидента и пересмотром и дополнением предупредительных мер.

Анализ управления рисками

Наименование	Цель, на	Возможные	Запланированные	Фактическое	Причины
--------------	----------	-----------	-----------------	-------------	---------

возможного риска	которую может повлиять данный риск	последствия в случае неприятия мер по управлению рисками	мероприятия по управлению рисками	исполнение мероприятий по управлению рисками	неисполнения
1	2	3	4	5	6
Риски сотрудников связанные с выполнением медицинских манипуляций и профессиональных обязанностей	- На безопасность медицинских работников	- возможное заражение медицинских сотрудников при не соблюдении СОПов и Правил. - дополнительные финансовые затраты;	1.Обеспечение персонала средствами общей и индивидуальной защиты. 2.Обеспечение расходными материалами, антисептическими и дезинфицирующими средствами. 3.Строгое соблюдение персоналом всех требований при выполнении медицинских манипуляций 4. проведение медицинских осмотров для персонала	1.разработаны СОПы врачебного, среднего персонала. 2. Разработаны правила для медицинских сотрудников при возникновении аварийных ситуаций 3.стоцентная обеспеченность ИМН, антисептическими и дезинфицирующими средствами 4. обязательное обследование пациентов перед инвазивными манипуляциями 5. 100% охват медицинского персонала	исполнено

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:

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период в странах ближнего и дальнего зарубежья прошли обучение 3 врача, что составляет 5% от общего числе врачей.

Среди персонала владеют английским языком 28 сотрудников (при плане «не менее 34 человек»): врачей – 13, СМР – 10, АУП – 5. Из них по уровням: Beginners – 15, Pre-Intermediate – 7, Intermediate – 6.

С целью определения удовлетворенности персонала ежегодно Служба поддержки пациента и внутреннего контроля проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 3,6% от плана и на 14% от значения прошлого года (уровень удовлетворенности персонала 2016 г. – 81,8%; 2017 г. – 96,4%).

Текущесть кадров за отчетный год составляет 13% при плане «не более» 14%, из них уровень текучести врачей – 5% (план «не более» 10%), СМР – 10% (план – «не более» 15%), ММП – 23% (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 КГП «ОКЦ» на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 12 общебольничных семинаров для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков. Также было проведено 6 внеплановых семинаров.

Во всех семинарах 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:

Разработка и внедрение дифференцированной системы оплаты труда.

Утверждено Положение об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда. Определен механизм распределения фонда оплаты труда по уровням сложности операций и другим критериям для всех работников Организации.

6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала

Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

Организацией 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 4 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «День защитника Отечества», «Дня медицинского работника», «Дня независимости РК».

По запросу Министерства здравоохранения РК, проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения : наградными знаками – медаль «За профессиональные заслуги», нагрудной знак «Отличник здравоохранения», почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников Организации в честь празднования Международного женского дня, Дня защитника Отечества, Наурыз-мейрамы, Дня медицинского работника, Дня Независимости РК.

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 2016 года (80% сотрудников).

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 47, из них АХЧ – 8, врачи – 3, СМР – 15, ММП – 21. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 18, из них по причинам увольнения: 1 сотрудник – выход на пенсию, 6 – переезд в другой город, 5 - профессиональный рост; 6 – 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 2 сотрудников);
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменовано 174 сотрудника);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 45 сотрудникам);
- организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 6 сотрудников);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 1 объектовая тренировка, участвовало 65 сотрудников).

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 первая среди областных учреждений успешно прошла аккредитацию, в 2017 году в 4 квартале планировалось прохождение повторной аккредитации.

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- Используются алгоритмы и клинические протоколы диагностики и лечения пациентов, рекомендованные Экспертной комиссией МЗ РК.

Разработаны и внедрены внутренние протоколы диагностики и лечения пациентов по нозологиям, которые отсутствуют в перечне МЗ РК.

Также разработаны и используются стандарты по проведению операций и манипуляциям.

Разработаны компетенции для средних медработников и введены листы оценки компетенции.

Разработан инструктаж введения в должность среднего персонала по соблюдению качества оказания медицинской помощи и безопасности пациента

пересмотрены 35 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, в том числе 14 СОПов операционного блока

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- проведена оценка 8 индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;
- внедрены 16 индикаторов качества и 8 приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;
- пересмотрены 14 правил для сотрудников, описывающие процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки.

В связи с отменой аккредитации в IV квартале 2017 года аккредитация перенесена на 2018 год.

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

За 2017 год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 10,1 дней в 2016 г. до 9,1 в 2017 г. при плане 9,9 дней за 2017 г.

Отмечается увеличение оборота койки: с 30,1 в 2016 г. до 34 в 2017 г., при плане 30,1 в 2017г.

За 2017 год наблюдается снижение показателей госпитальной летальности с 3,4% в 2016 г. до 2,4% в 2017 г. Также отмечается снижение послеоперационной летальности с 3,9% в 2016 г. до 2,6% в 2017 г.

За 2017 г. снизился показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) на 100%, с 0,002% в 2016 г. до 0% в 2017 году.

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

В 2017 году закуплено необходимое оборудование и проведены мастер-классы с участием специалистов НКЦ Астана по внедрению следующих методик:

- послеоперационного мониторинга системой PICO и катетером Сванганса.

- проведение ЭКМО через бедренный доступ

Это позволило проводить операции и снизить летальность у низко фракционных больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью.

7.4. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

В Организации для обеспечения лекарственной безопасности проведены следующие мероприятия:

-Прошел обучение и принят на работу на постоянной основе клинический фармаколог.

-Функционирует формулярно - терапевтическая комиссия.

- Разработан лекарственный формуляр согласно перечню нозологий и доказательной медицины

-Ведется мониторинг побочного действия медицинских препаратов.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

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

Стратегическое направление 1 (финансы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Доход на койку*	(млн. тенге)	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	21,4 млн. тг.	21,4 млн. тг.	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 0,6%	0,6%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	2,2%	2,2%	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 СППВК	СППВК	95%	95%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	Стат. данные	Стат. отдел	не более 3,9%	2,6%	Достиг
3	Доля пациентов, пролеченных по ВСМП*	%	Стат. данные	Стат. отдел	не менее 25%	26,3 %	Достиг

Стратегическое направление 3 (мотивация и развитие персонала)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Текущность кадров	%	Отчет от кадровой службы	Кадровая служба	не более 14%	13%	Достиг
2	Уровень удовлетворенности персонала	%	Отчет от службы ППиВК	Служба ППиК	не менее 70%	96%	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 9,9 дней	9,1	Достиг
3	Оборот койки*	Кол-во	Стат. данные	Заместитель главного врача	не менее 30,1 раза	32,4	Достиг