**Годовой отчет о деятельности**

**КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" УЗ ВКО**

**за 2018 год для опубликования на сайте**

**город Риддер, 2019 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. Состав наблюдательного совета

**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)

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

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

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

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница» единственная многопрофильная больница в городе, оказывающая амбулаторно-поликлиническую,стационарную медицинскую помощь, скорую медицинскую помощь населению.

**Миссия**

Расширяя социально-профилактическую направленность, пропагандировать здоровый образ жизни, способствовать восстановлению здоровья и облегчению страданий человека, проявляя милосердие и доброжелательность, используя профессионализм сотрудников, коллегиальность, современные достижения медицинской науки и техники.

**Видение**

Оказание специализированной медицинской помощи высококвалифицированными специалистами с качественной интеграцией клинической, научной и образовательной практики; переход родовспоможения на 2ой уровень.

**2018 год в цифрах**

* Количество пролеченных пациентов в круглосуточном стационаре: **6788**
* Количество посещений в поликлиник: **316207**
* Количество проведенных операций: **1243**
* Отсутствие внутрибольничных инфекций ВБИ в 2016 - **2018 гг**
* Уровень использования коечного фонда: **98,9%**
* Пролечено 57 **иностранных** пациентов
* Всего на конец 2018 года количество **сотрудников – 691**, из которых:
  + Медицинский персонал – 571 (95 врачей, 340 СМП, 136 ММП)
  + Административно-управленческий персонал, прочие -1208.
* Текучесть персонала **20,8% в 2018 году**
* Выручка от оказания услуг: **1661297,1 тыс. тенге**

**1.2 Стратегия развития (стратегические цели)**

Организация работает по стратегическим направлениям:

1. Снизить больничную летальность максимально приближенно к республиканскому показателю 1%

2. Снижение процента экстренной госпитализации на уровне круглосуточного стационара, путем постоянного контроля больных находящихся на диспансерном учете. При ухудшении состояния направление на плановую госпитализацию на уровне круглосуточного и дневного стационара.

3. Снижение уровня потребления стационарной помощи

4. Улучшение индикаторов качества медицинской помощи специализированных отделений стационара и поликлиники

Для достижения поставленных целей необходимо решить **следующие задачи:**

1. Планомерное повышение качества оказания медицинских услуг населению г. Риддера, соответствующее передовой медицинской практике и международным стандартом качества и безопасности медицинской помощи

2. Повышение кадрового потенциала для укомплектования и формирования пула из высокоспециализированных кадров.

3.Повышение материально-технического потенциала для оказания специализированной медицинской помощи

4. Внедрение новых медицинских технологий, современных методов и подходов, применение возможностей передовых технологий науки и техники

5. Внедрение международных стандартов менеджмента

6. Развитие и совершенствования управления менеджмента качества медицинских услуг

7. Повышение эффективности финансового менеджмента и повышение доходности.

**РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

**2.1 Состав наблюдательного совета**

Приказ Управления здравоохранения ВКО №321 от 20.07.2018г. о создании наблюдательного совета КГП на ПХВ «Риддерская городская больница» в следующем составе:

Председатель - Климова Надежда Васильевна, первый заместитель председателя Риддерского городского филиала партии «Нұр Отан»

член - Китаппаева Гульнар Социаловна, главный врач КГП на ПХВ «Риддерская городская больница»

член – Соколова Елена Васильевна, директор КГУ «Риддерский многопрофильный колледж»

член – Ложникова Татьяна Владимировна, главный врач КГКП «Психиатрический диспансер»

член – Донцова Евгения Андреевна, директор КГУ «Центр развития молодежных инициатив» г.Риддер

секретарь – Майкенова Аида Нуржановна

**РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ**

**3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)**

Цель 1: **Повышение кадрового потенциала , формирование пула из высококвалифицированных кадров**

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов достигнут 1 индикатор, не достигнуты – 6.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2018 год** | **Факт за**  **2018 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Снижение дефицита врачебных кадров | 9 | 9 | 11 человек | Достигнут |
| **2** | Увеличение % укомплектованности врачебным персоналом | 60% | 54,5% | 58% | Не достигнут |
| **3** | Увеличение % укомплектованности средним медицинским персоналом | 83% | 79,6 | 82,9% | Не достигнут |
| **4** | Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5 | не менее 1,5 | 0,84 | 0,78 | Не достигнут |
| **5** | Снижение текучести кадров | 20% | 20,8% | 23% | Не достигнут |
| **6** | Увеличение удельного веса врачей имеющих первую и высшую категории | 45% | 41% | 43,5% | Не достигнут |
| **7** | Увеличение удельного веса средних мед. работников имеющих первую и высшую категории | 55% | 49,7 | 53,2% | Не достигнут |

Цель 2: **Повышение эффективности использования финансовых ресурсов предприятия.**

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

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2018 год** | **Факт за**  **2018 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Отсутствие просроченной кредиторской задолженности | 0 | 0 | 0 | Достиг |
| 2 | Рентабельность активов (ROA) | 0 % | -4,6% | -4,4 % | Не достиг |
| 3 | Повышение доходов от оказания платных услуг | 93524,974 | 69112,61 | 87768,752 | Не достиг |
| 4 | Приобретение основных средств. | 30 000,0 | 52347,65 | 9318,2 | Достиг |

Цель 3: **Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи**

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2018 год** | **Факт за**  **2018 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Удовлетворенность пациентов | 97% | 97% | 97% | Достигнут |
| **2** | Показатели ВБИ | не более 4% | 0% | 0% | Достигнут |
| **3** | Уровень послеоперационной летальности пациентов | **1,7%** | 1,7 | 1,8% | Достигнут |
| **4** | Общая летальность | 2,9% | 2,74 | 3% | Достигнут |
| **5** | Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения | 0 | 0 | 0 | Достигнут |
| **6** | Уровень послеоперационных осложнений | 0% | 0,41% | 0,06% | Не ностигнут |
| **7** | Увеличение процента плановой госпитализации | 6% | 6 % | 5,3% | Достиг |

Цель 4: **Эффективный больничный менеджмент**

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуты – 2 индикатора.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2018 год** | **Факт за**  **2018 год** | **Факт**  **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Уровень компьютеризации рабочих мест | 100% | 100% | 100% | Достиг |
| **2** | Оборот койки | не менее 36 | 39,1 | 39,8 | Достиг |
| **3** | Средняя занятость койки | 324 | 331,2 | 323,0 | Достиг |
| **4** | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | 8,35 | 8,5 дней | 8,17 дней | Не Достиг |
| **5** | Снижение уровня потребления стационарной помощи в рамках ЕНСЗ | не более 800 дней | 807,6 дней | 760 дней | Не Достиг |

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

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Факт за**  **2016 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт**  **2018 год** |
| **1** | Удовлетворенность пациентов | 97% | 97% | 97% |
| **2** | Удовлетворенность работников | - | - | 62,5% |
| **3** | Доходы за отчетный период составляют | 1612359,2 тыс.тенге | 1771369,6 тыс.тенге | 2023473,2 тыс.тенге |
| **4** | Расходы всего за отчетный период составляют | 1769452,2 тыс.тенге | 1830553,7  тыс.тенге | 2092263,3тыс.тенге |
| **5** | Доходы от платных медицинских услуг | 82480,0 тыс.тенге | 78687,8 тыс.тенге | 64624,7 тыс.тенге |
| **6** | Количество пролеченных пациентов | 4587 | 5021 | 5421 |
| **7** | Летальность | 0,6% | 0,6% | 0,7% |
| **8** | Общая смертность | 15,6 | 14,5 | 15,32 |
| **9** | Материнская смертность | 0 | 0 | 0 |
| **10** | Младенческая смертность | 6,4 | 5,6 | 10,4 |
| **11** | Смертность от туберкулеза | 3,4 | 5,2 | 1,7 |
| **12** | Смертность от онкологических заболеваний | 189,5 | 200,2 | 178,5 |
| **13** | Смертность от болезней системы кровообращения | 292,6 | 307,46 | 378,58 |

**Уровень материнской смертности случаев на 100 тыс.живорожденных**.

Материнской смертности за 2018 - 2017 года нет.

**Уровень младенческой смертности на 1000 живорожденных**

Умерших детей до 1 года за 2018 - 8, из них один за рубежом. Показатель младенческой смертности - 10,4. За 2017 г умерших детей до 1 года - 4. Показатель младенческой смертности 5.6.

Среди умерших за 2018 года 6 недоношенных маловесных детей, из них 5 до 1000г.

В родильном доме умер 1 - 12.5%,

в ЦМИр - 5 - 62.5%.

на дому -1 -12.5%,

клиники зарубежья - 1-12.5%

По причинам; Внутриутробная пневмония - 2 - 25%.

СДР, недоношенность - 1 - 12.5%,

внутрижелудочковое кровоизлияние - 2 - 25%,

аспирация молоком - 1 - 12.5%.

ВПР - 2 -25%.

**Показатель рождаемости на 1000 населения**

За 2018г родилось 672, показатель рождаемости 11.17. За 2017г родилось 715 детей, показатель 12.1. В сравнении с 2017г родилось новорожденных на 43 меньше. Отмечается снижение показателя рождаемости с 12.1 до 11.17 в сравнении с 2017 годом. Уровень рождаемости составил 92.3 % от уровня данного показателя в сравнении с 2017 г

**Общая смертность на 1000 населения.**

За 2018г умерло 882 человек, показатель смертности на 1000 населения 15,32. За 2017г умерло 857 человек, показатель смертности 14.5

В структуре причин общей смертности:

рост смертности от БСК 24,49% 2017г -21.23%), рост смертности по причине старость 9,07 % (2017г - 7.11 %), снижение смертности от злокачественных заболеваний 11,67% (2017г -14,11 %) и смертность от травм и несчастных случаев 12.92% (9 мес. 2017г 14.81).

Структура смертности по возрастам по данным ЗАГС: от 0-1 года - 6, от 2-4 лет-1, от 6-14 лет -3, от 15-49 лет -110, от 50-64 лет -204, 65 - и старше -407 (в том числе 75 и старше - 534- 60.5% от всех умерших).

По городу Риддер наблюдается очень высокий уровень демографической старости, из 59751 человек, население в возрасте 60 лет и старше составило 12446 человек - 20,8%, что на прямую влияет на показатель смертности.

**Показатель заболеваемости и смертности от туберкулеза на 100 тыс. населения**.

За 2018 г заболело туберкулезом 16 человек.

Показатель заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения27.7. План по Денсаулык 59,9

За 2017 г заболело туберкулезом 16 человек.

Показатель заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения 27.6

В сравнении с 2017 годом показатель заболеваемости туберкулезом на одном уровне.

Из 16 человек - 2 выявлены в 2017г после сдачи годового отчета и распределены на 2018 год.

Всего на "Д" учете состоят 33 больных с активным туберкулезом и 46 больных под наблюдением по 2 группе. Социальная помощь больным активным туберкулезом, оказывается лицам, состоящим на диспансерном учете. За 2018 г - 41 больных, которые получает лечение на амбулаторном уровне, обеспечены социальными пакетами на сумму 2752500,0 тенге (кроме больных не имеющих удостоверения личности и постоянного места жительства.).

Рост заболеваемости туберкулезом за счет социально- неблагополучных слоев населения - 10 неработающие трудоспособного возраста 62,5%, (2017г-7-43.7), в том числе - 2 ВИЧ инфицированных (2017г - 2 - 12.5), 4 работающие 25% ( 2017г - 5 -25%), 2 инвалида - 12.5% (2017г- 1-6,25, и 3 пенсионера 18.75%),

Кроме того, отмечается рост заболеваемости туберкулезом среди пациентов. страдающих сахарным диабетом.

По локализации 16 случаев в 2018 году - туберкулез органов дыхания 15 случаев - 93.75%, туберкулезный спондилит - 1 - 6.25% ( 2017г - 14 туберкулез органов дыхания- 87.5% и 1 плеврит 6.25%, туберкулезный спондилит - 1 - 6.25%).

За 2018 год деструктивных форм с распадом 6- 37.5% ( 2017г -3- 18.75%).

Запущенных случаев туберкулеза (казеозная пневмония, туберкулезный менингит, другие генерализованные формы туберкулеза) за 2018, 2017 гг не зарегистрировано.

Из 16 больных, взятых вновь с туберкулезом 12 выявлено при профосмотре 75%% и 4 по обращаемости методом бактериоскопии - 25%.

Умерших больных от туберкулеза за 2018г -1. Показатель смертности от туберкулеза на 100 тыс. населения1.7. Плановый показатель смертности от туберкулеза на 2018 год по меморандуму - 3,2. Умерших больных от туберкулеза за 2017 г -3. Показатель смертности от туберкулеза на 100 тыс. населения5.2.

С целью раннего выявления туберкулеза проводятся флюорографические исследования.

В соответствии с приказами МЗ РК № 994, 126 в августе 2018 г была изменена группа риска и обязательный контингент с 12435 до 10531 человек. Прошли флюорографическое обследование населения с профилактической целью 24999 человек - 100.2%, (2017г **-** 23897 -97,3%) в т.ч. флюороосмотр группы риска и обязательного контингента 10699- 101% (2017г - 11842- 101.2%) , лица не проходившие флюорографическое обследование 2 и более лет 1841- 92,7% (2017г - 1800- 100%**).** Кроме того, сотрудники "Казцинка" проходят рентгенологическое обследование в ФУ "Амбулаторный центр", за 2018 год 11316 рентгенологических исследований органов грудной клетки..

Специфическая профилактика туберкулеза проводится в родильном доме, и в поликлиническом отделении городской больницы. За 2018 г родилось 672 новорожденных, привито 668– 99,4% (не привито 4 детей, отказ родителей 2, отказ по религиозным убеждениям -2). В городе функционирует санаторный детский сад на 100 мест для детей инфицированных и контактных из очагов туберкулезной инфекции. Проводится санитарно - просветительная работа. Прочитано лекций 252, проведено бесед 1528, уголки здоровья- 73, информационный материал 652, тренинг 13, семинаров 26, акции 1, статьи в газету 3, радиобесед 4, сайты 2, аудиовидиоролики - 37, конференций 1.

Для снижения показателя заболеваемости туберкулезом разработан план мероприятий, направленный на раннее выявление и проведение контролируемого лечения туб.больных в амбулаторных условиях на поддерживающей фазе в поликлинике. В Поликлинике выделен кабинет выдачи медикаментов и кабинет забора мокроты. Ежемесячно проводится контроль за реализацией плана флюроосмотра обязательного контингента и группы риска участковой службой. Постоянно проводится работа по раннему выявлению туберкулеза методом микроскопии мазка мокроты. Проводится разбор каждого случая туберкулеза, устанавливаются причины возникновения устойчивых форм, своевременно принимаются меры по их устранению.

**Онко заболеваемость** **на 100 тыс. населения**

За 2018 год вновь взято онкологических больных 203 человека. Показатель заболеваемости онко на 100 тыс. населения 351,9. За аналогичный период 2017 года показатель составлял 378,0 (219 человек). В сравнении с 2017 годом отмечается снижение заболеваемости онко с 378,0 до 351,9. Уровень заболеваемости от онко составил 93%. Структура заболеваемости: на первом месте- рак легкого, на втором месте- рак молочной железы,

на третьем месте - рак кожи.

За 2018 год умерло онкологических больных 103 человека. Показатель смертности от онкологических заболеваний составил –178,5 (2017г – 113 человек – 195,0). План по ПРТ на 2018 год 184,2. Смертность за счет посмертноучтенных (24 человек -23.3%) и ухудшения состояния ранее состоявших на учете больных (79 человек - 76,6%). Отмечается снижение смертности от онкологических заболеваний с 195,0 до 178,5. Уровень смертности от онкологических заболеваний составил 91,5 % от уровня данного показателя в сравнении с 2017 годом. Структура смертности: на первом месте - рак желудка, на втором месте- рак легкого, на третьем месте - толстого кишечника. Всего состоит на диспансерном учете с онкологическими заболеваниями 1127 человек.

Посмертно учтенных человек 24-23,3% (2017г - 25-22,1%).

Запущенных случаев 28- 14.3% , (2017г-34-15.3% ) (Мts без первичного очага -2, рак шейки матки -2, рак поджелудочной железы -1 , рак легкого-6, рак почки-2, саркома мягких тканей-1, злокачественная офеохромоцитома -2, рак головного мозга -1, рак тела матки-2, рак желудка - 2, рак печени - 1, рак предстательной железы- 1, рак толстого кишечника-2, рак молочной железы 2, рак пищевода-1).

Число впервые выявленных больных визуальной локализации 1-2 стадии в 2018г 62 случая 92,5% (2017г - 64 - 86,4%). Число впервые выявленных больных 3-4 стадии визуальной локализации в 2018 году 5-7,5% (2017г - 10-13,5%).

5 летняя выживаемость за 2018 год -53,4%, 2017г - 51.7%.

Основные причины высокой смертности: позднее обращение больных, скрытое бессимптомное течение заболевания, отсутствие болевого синдрома.

С целью своевременного выявления и лечения онкологических заболеваний проводятся медосмотры, скрининговое обследование, ежегодный осмотр лиц 65 лет и старше, работают смотровые кабинеты, проводится санитарно-просветительная работа среди населения медработниками по онко настороженности. С целью раннего выявления онко заболеваний прошли через смотровые кабинеты: мужчин - 3421, выявлено онко-0, предраки- 121, другие-125 женщин 8123 , выявлено онко-8, предраки- 310, другие- 831. Лиц 65 лет и старше 8249, осмотрено 7617 - 92%, выявлено 107 доброкачественные, злокачественные-7.

**Смертность от БСК на 100 тыс. населения**.

За 2018 год смертность от БСК составила 378,58 на 100 тыс. населения (214 человек), в то время как за аналогичный период 2017 года показатель составлял 307.46 (180 человек). Отмечается рост показателя смертности от болезней системы кровообращения за счет инфарктов миокарда 45 (2017г - 27), ОНМК 70 (2017г - 66), прочих. 97 (83).

В стационаре умерло 77 – 35,98% (в 2017г -65- 36.1%), на дому 137– 64.1 % (в 2017г - 115- 63.9%).

В структуре смертности умерших от БСК по городу (по данным ЗАГС):

в возрасте до 40 лет 1 - 0,1% .

41-50 лет - 22 - 10,2%,

51-60 лет - 36 - 16,8%

61-70 лет - 70 - 32,7%,

71 и 80 лет - 50 - 23,3%

81 и старше - 35 - 16,5%. Доля лиц, умерших от БСК в возрасте 71 год и старше составляет 39,7%.

В структуре смертности инфаркт миокарда – 45 - 21.02 % (в 2017г - 27- 15%) , ОНМК 70– 32,7 % (в 2017г - 66- 36,6%), прочие 97 - 45,3% (в 2017г 83- 46.1%), ХСН - 2-0.93%, (в 2017 г - 4 - 2.2%).

Из 214 умерших7 свидетельств о смерти выписано врачами ПМСП 5 с диагнозом ОНМК, 1 с Атеросклероз других артерий, 1 ХСН.

Общая заболеваемость БСК за 2018 года составила - 16924,3 на 100 тыс. населения 10180 случаев (за 2017 год- 15446,1 - 9131 случай). Рост общей заболеваемости БСК на 9,6%. Первичная заболеваемость БСК за 2018 год 3443.1 на 100 тысяч населения - 2071 случай (2017 год 3027,9 - 1790 случаев). Рост первичной заболеваемости на 13,7%.

**Стационарная помощь.**

С целью смещения акцента с дорогостоящего стационарного звена на первичный уровень получили развитие ресурсосберегающие технологии.

В КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" коек дневного стационара – 35, пролечено 2321 (2017г - 2958). койко-дней -14813 (2017г - 19234).

Коек круглосуточного стационара 165, пролечено 6609 (2017г -6540), койко-дней 53045 (2017г - 54460).

Потребление стационарной помощи - за 2018г 767 на 1000 населения, за 2017 год 760 (без инфекционного отделения). Рост потребления стационарной помощи за счет койко-дней хирургического профиля (рост койко-дней на 17,8%), травматологического профиля (рост койко-дней на 14,7%),

патологии беременности (рост койко-дней на 109,5%), для беременных и рожениц (ростк койко-дней на 2,8%), гинекологического профиля (рост койко-дней на 42,1%), патологии беременных (рост койко-дней на 90,6%).

По порталу Бюро госпитализации за 2018 год всего зарегистрировано 1014 пациентов (в 2017г-998), госпитализировано 417 (в 2017 г –392), ожидают госпитализации 287. На областном уровне зарегистрировано 510 человек (в 2017г –568), госпитализировано 248 (в 2017г –250), ожидают госпитализации 230 человек.

**Врачебные посещения.** Выполнено врачебных посещений в 2018 году 316207 (2017г - 321042) из них в поликлинике 293639 (2017г - 299869), на дому 22568 (2017г - 21173).

Снижение посещений по КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" на 1,5% за счет снижения посещений ВА 4-7 района на 6,7%% (2018г - 51263 , 2017 г -54998), за счет снижения посещений узких специалистов.

В целях усиления профилактической направленности на уровне первичного звена работает Национальная скрининговая программа.

**Численность населения прошедших скрининг от общего количества подлежащих скринингу.**

За 2018г охват скрининговыми осмотрами составил 19420

человек - 32.3% от общей численности населения и 100% от общего количества

подлежащего скринингу.

Профосмотр детей от 0-17 лет план 12504 осмотрено 12537- 100,3%

Выявлено 572 - 4,56%, оздоровлено 346 – 60,4%

Болезни системы кровообращения план 3288, осмотрено 4799- 146%

выявлено 409 - 8,52%.

Сахарный диабет план 3288, осмотрено 4858 –147,7%, выявлено 23- 0,47%

Глаукома план 3283 осмотрено 5028 – 153,2%, выявлено 0%

Рак молочной железы план 3362, осмотрено 3378 – 100.5%, выявлено 166- 4,91%

Рак шейки матки план 4122 осмотрено 3537 - 85,81%, выявлено 2-0.06%

Рак толстой и прямой кишки план 3895, осмотрено 3909 –100.4%,

выявлено 18-0,46%.

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

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

Финансовая отчетность представлена в тысячах тенге, а все суммы округлены до целых значений. Финансовая отчетность Предприятия была подготовлена в соответствии с Международными стандартами финансовой отчетности (МСФО). Размер уставного капитала Предприятия в 2018 году не изменялся и составляет 240 877 944,27 (двести сорок миллионов восемьсот семьдесят семь тысяч девятьсот сорок четыре тенге 27 тиын). По состоянию на 31 декабря 2017 и 2018 гг. Активы включают: Денежные средства и их эквиваленты были выражены в национальной валюте (тенге) составляют 41 556,8 тыс. тенге. Краткосрочная торговая и прочая дебиторская задолженность - 50 892,9 тыс. тенге. Запасы - 266 891,6 тыс. тенге. Основные средства - 1 100 917,7 тыс. тенге. Переоценка основных средств по состоянию на 31.12.2018 года – не проводилась. Руководство Предприятия считает, что, после проведенной переоценки основных средств по состоянию на 31.12.2017г., балансовая стоимость основных средств равна их рыночной стоимости, касаемо группы «Здания и сооружения» и за 2018 год значительно не изменилась, к которым применяется модель учета по переоцененной стоимости. Ко всем остальным группам основных средств применяется модель учета по фактическим затратам. Прочие долгосрочные активы - 17 834,5 тыс. тенге. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И КАПИТАЛ: Краткосрочные торговая и прочая кредиторская задолженность - 1 047,5 тыс. тенге, Краткосрочные обязательства – краткосрочные резервы (резерв на оплату отпусков) - 96 931,8 тыс. тенге, Прочие долгосрочные обязательства - 69 460,5 тыс. тенге, Капитал - 1 310 650,6 тыс. тенге. Уставный капитал за 2018год - не изменился и составил 240 877,9 тысяч тенге. Резервы за год не увеличились. Нераспределенная прибыль за 2018 год уменьшилась на сумму 68 790,1 тысячу тенге (убыток отчетного года) и на 31.12.2018 года составила нераспределенный убыток - 39 412,8 тысяч тенге.

**4.2 Отчет о прибыли, убытке**

Предприятие не является плательщиком корпоративного подоходного налога (налога на прибыль), т.к. является объектом социальной сферы по оказанию медицинских услуг.

Предприятие отчисляет в местный бюджет 5% от чистого дохода (неналоговые платежи), согласно Закона РК от 01.03.2011г., «О государственном имуществе», в соответствии с Правилами о нормативах распределения чистого дохода государственных предприятий от 02.05.2013г., № 448, постановления акимата ВКО от 16.09.2011г., № 198. По итогам 2018 года сложился убыток в сумме 68 790,1 тысяч тенге, следовательно, отчисления в размере 5% от чистого дохода – не производились.

**4.5. Оценка эффективности использования основных средств**

За 2018 год в Прейскурант цен на платные услуги новые услуги не были включены.

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг составляют 64624,7 тыс. тенге, 3,9 % от общего дохода. Отмечается снижение доли доходов от платных услуг на 11%, в связи с увеличением финансирования за счет бюджетных средств.

Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 2023473,2 тыс. тенге, что на 252103,6 тыс. тенге превышает факт 2017 года (2017 год - 1771369,6 тыс. тенге). В общей структуре доходов ГОБМП составляет 82 % (1661297,1 тыс. тенге) и 362176,1 тыс. тенге (18%) другие доходы.

«Рентабельность активов (ROA)» (план – 0,0%, факт – -4,6%). Недостижение индикатора связано с тем, что амортизационные отчисления включаются в себестоимость и увеличивают расходы.

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

**5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов**

Прикрепленное население к КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" на 31.12.2018г составило 60150 человек, что на 1,7% больше, чем в 2017 году - 59115. Население города обслуживают 29 врачебных участков: 13 ВОП, 8 педиатрических, 8 терапевтических.

В КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" в круглосуточном стационаре пролечено 6609 больных, что на 1,1% больше, чем в 2017г - 6540. Проведено койко-дней 53045 (2017г - 54460). С целью смещения акцента с дорогостоящего стационарного звена на первичный уровень получили развитие ресурсосберегающие технологии. Коек дневного стационара – 35, пролечено в 2018 году 2321 (2017г - 2958). койко-дней -14813 (2017г - 19234),

Посещений по КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" в 2018 году 316207 (2017г - 321042) из них в поликлинике 293639 (2017г - 299869), на дому 22568 (2017г - 21173).

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

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов Организацией ежеквартально проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетировании за отчетный период удовлетворенность пациентов составляет 97%.

С целью мониторинга состояния пациента после выписки проводится анализ своевременного взятия на диспансерный учет пролеченных больных в ИС "ЭРДБ", ведение информационной системы "Острый коронарный синдром" (РОКС).

**5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.**

В Организации отмечается увеличение оборота койки на 8,6% от плана - 39,1 в 2018 г. 39,8 в 2017г., при плане 36 в 2018г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 0,2%: с 6766 поступивших больных за 2017 г, до 6778 в 2018 г.; увеличилось количество выписанных за 2018 г. на 1%, что составило 6609 против 6540 за 2017 г.

**5.4. Безопасность пациентов**

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

проведена оценка индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;

внедрены индикаторы качества и приоритетных работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

пересмотрены 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 Стандартные операционные процедуры (СОП) для среднего и младшего медицинского персонала;

**5.5. Управление рисками**

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

**Анализ управления рисками**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование возможного риска | Цель, на которую может повлиять данный риск | Возможные последствия в случае непринятия мер по управлению рисками | Запланированные мероприятия по управлению рисками | Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками | Причины неисполнения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Внешние риски | | | | | |
| **Террористический риск** | Нарушение полноценного функционирования городской больницы, поступления тяжелобольных, нуждающихся в оказании экстренной квалифицированной медицинской помощи | Невыполнение мероприятий по антитеррористической защищенногости объектов | Устройство ограждения территории, монтаж систем видеонаблюдения, организация постов охраны и пропускной системы в здания |  |  |
| **Риск возникновения ЧС природного и техногенного характера** | Нарушение полноценного функционирования городской больницы, поступления тяжелобольных, нуждающихся в оказании экстренной квалифицированной медицинской помощи | Природная катастрофа, выброс опасных отходов промышленных предприятий влекущее за собой увеличение количества тяжелобольных, нужнающихся в квалифицированной мед. помощи | Обучение персонала правилам поведения при угрозе и возникновении ЧС, проведение учебных тренировок, создание запасов МТС |  |  |
| Внутренние риски | | | | | |
| **Риск врачебной ошибки** | Ненадлежащее осуществление диагностики, ненадлежащее лечение, ненадлежащая организация оказания медицинской помощи | Ухудшение состояния больного, требующее оказания неотложной медицинской помощи вплоть до летального исхода | - проведение систематического внутреннего аудита, выявление рисков путем активного мониторинга медицинской документации.  - контроль организации оказания медицинской помощи со стороны администрации больницы  - Прием врача на работу осуществляется согласно НПА, в области здравоохранения, при наличии соответствующих документов, согласно индивидуальной Программе по введению в должность, оценка первичных знаний и умений специалиста допущенного к клинической практике.  - Непрерывное последипломное обучение врача на рабочем месте, наставничество, участие в различных обучающих семинарах, конференциях, медицинских советах и иных медицинских сообществах.  - Проведение администрацией больницы аттестации на рабочем месте врача на соответствие занимаемой должности.  - Повышение квалификации врача не реже 1 раз в 5 лет. Самообразование и самоусовершенствование врача путем изучения специальной литературы и Интернета. |  |  |
| **Риск ошибки среднего медицинского работника** | Ненадлежащее осуществление диагностики, ненадлежащее лечение, ненадлежащая организация оказания медицинской помощи | Ухудшение состояния больного, требующее оказания неотложной медицинской помощи вплоть до летального исхода | - контроль работы медсестры со стороны администрации, путем проведения постоянного внутреннего аудита. Проведение внутренней экспертизы, оцеки качества работы медсестры. Работа «Совета сестер» согласно плана графика.  - Непрерывный процесс обучения практическим и теоритическим навыкам, путем участия медсестер в обучающих семинарах, конференциях, научно-практических форумах, мастер-классах и т.д.  - Наставничество, участие в различных аттестациях, тестированиях, проводимых на рабочем месте.  - Прием на работу медсестры согласно НПА в области здравоохранения, при наличии всех необходимых документов, подтверждающих образование, квалификацию и т. д. в соответствии с Программой введения в должность.  - Повышение квалификационной категории не реже 1 раза в 5 лет. Самообразование путем изучения специальной литературы и Интернета.  - Диффиринцированная оплата труда  - Компьютеризация отделения для уменьшения нагрузки по работе с бумагами. |  |  |
| **Риск, связанный с медицинским инфицированием** | Инфицирование медицинского работника при нестандартных производственных ситуациях, а также при несоблюдении правил работы с одноразовым инструментарием, сопровождающееся попаданием крови и прочих биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки. | При нарушении правил обращения с мед. инструментарием а также недостаточном уровне подготовки медперсонала по профилактике профессионального инфицирования возникает риск инфицирования мед. работника | - Своевременное и максимальное обеспечение отделения инструментария одноразового использования:  - Средствами индивидуальной защиты, расходными материалами  - Современными контейнерами для безопасной транспортировки биологического материала (кровь, мокрота, жидкие среды организма)  - Транспортные тележки и контейнеры для безопасного сбора и доставки мед.отходов, грязного белья в прачечную больницы и т. д.  - Обеспечение контроля со стороны администрации, зав.отд., ст. м/с за соблюдением преаналитического этапа забора крови.  - По безопасной доставке материала в лабораторию.  - Соблюдение требований к переливанию крови, соблюдение правил асептики, антисептики, своевременный и качественный уход за инструментом и оборудованием, зргономика рабочего места.  - Проведение различных обучающих конференций для мед.персонала , с последующей аттестацией, согласно утвержденных планов. |  |  |
| **Риски , связанные с неправильным использованием лекарственных средств** | Больной получающий лекарственные средства, с истекшим сроком годности, неправильным хранением, нарушении транспортировки имеет данный риск | Развитие аллергических и анафилактических реакций, ухудшения состояния больного , полипрагмазии (при перепутывании, введении двойной дозы ЛС) | - создание комиссии по Л.С. контролирующий обоснованность назначений Л.С.  - мониторинг побочных действий Л.С., процесс по выявлению ошибок при назначении Л.С. и информирование о неблагоприятном событии при использовании Л.С.  - проведение обучающих семинаров по соответствующей теме, наличие лекарственного формуляра в доступных местах, аннотаций к лекарственным препаратам  - внутренний аудит по получению, транспортировке ,использованию, хранению и учету Л.С. |  |  |
| **Риски, связанные с эксплуатацией медицинского оборудования** | При неправильной эксплуатации мед. оборудования ---некорректные данные медицинского обследования, выход из строя оборудования | Невыполнение персоналом ТБ при эксплуатации,  Использование поврежденных приборов, отсутствие качественной диагностики пациента | - систематическое обучение персонала работе с мед.оборудованием (как новым, так и имеющимся)  - проведение постоянных инструктажей, мастер-классов по обслуживанию и эксплуатации мед.оборудования, ознакомление с техническими характеристиками.  - Наличие на рабочих местах утвержденных инструкций по Т.Б. и эксплуатации оборудования и аппаратуры.  - Принятие сотрудников согласно Программе по введению в должность  - Систематический профилактический осмотр и поверка мед.оборудования, согласно составленного графика  - Наличие графика планового испытания и ремонта  - Списание и утилизация устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями, наличие графика  - Ведение журнала сообщений, выявленных дефектов и поломки оборудования  - Контроль соблюдения правил эксплуатации мед.оборудования. закуп нового современного оборудования |  |  |
| **Риск аллергических реакций персонала** | Возникновение у работников аллергических реаций при несоблюдении мер предосторожности при работе с дез. средствами, несоблюдении режима проветривания и правил использования средств защиты | Возникновение аллергических, как следствие профессиональных заболеваний у мед. работников | - проведение первичных (при поступлении на работу) и повторных (втечении трудовой деятельности инструктажей по правилам обращения с дез.средствами  - инструктажи по безопасным методам работы, аттестация на рабочих местах  - наличие в доступных местах инструкций, стандартов регламентирующие правила работы по проведению различных видов уборок, использованию СИЗ (масок, респираторов, перчаток ит.д.),  - оказанию первой доврачебной помощи при отравлении  - хранение дез.ср-в в специальных местах, проветриваемых  - прохождение мед.персоналом медицинских осмотров  - не допущение к работе лиц, с наличием противопоказаний к соответствующим видам работ. |  |  |
| **Риски, связанные с возникновением ВБИ** | Возникновение эпидемиологической опасности ВБИ и риска заражения при контакте с пациентом | Наличие ВБИ, риск заражения.  Нарушение медперсоналом септики, антисептики, личной гигиены, несвоевременное проведение дезинфекции, наличие невыявленных носителей внутрибольничных штаммов среди мед. персонала и пациентов | специализации на базе мед.колледжа  - непрерывное обучение персонала вопросам сан.противоэпидемиологической безопасности, вопросам сан.дез.режима на рабочем месте, путем семинаров, конференций, практических занятий, проведение аттестаций, зачетов на соответствие занимаемой должности  - обучение проведения правилам дезинфекции и стерилизации мед.инструментария, аппаратов, приборов, проведению уборок, соблюдение асептики, антисептики, личной гигиены  - максимальное использование одноразового стерильного мед.инструментария, своевременная замена устаревшего оборудования  - использование индивидуальных ср-в защиты  - контроль ст.м/с, зав.отд, леч.врача за соблюдением сан.гигиенич.состояния пищеблока в отделении, контроль за передачами пациентов, соблюдение мер предосторожности в работе  - в целях улучшения бак.контроля и его микробного пейзажа ежеквартально менять дез.ср-ва  - безопасная утилизация мед.отходов  - закуп в достаточном кол-ве одноразовых изделий мед.назначений, СИЗ. |  |  |
| **Риск падений** | Ухудшение здоровья пациента, которое влечет за собой наличие травм внутри лечебного учреждения, неоходимо постоянное обучение персонала о профилактике и последствиях падений. | Нарушение здоровья пациентов (травмы, ушибы и сотрясения головного мозга и др.) | - Изучение анамнеза пациента на предмет падений при поступлении в отделение, программа по обучению Персонала профилактике данного риска  - Применение вспомогательных приспособлений для ходьбы (костыли, спец.кресло)  - наличие предупредительных указателей при таких условиях как мокрый, скользкий пол, наличие ступенек  - своевременное удаление пролитых жидкостей, хранение оборудования и разных предметов вне проходов, оказание помощи пациенту после длительного нахождения в постели, до того как покинуть палату пациентам разъяснять, как можно найти персонал  - проведение бесед с пациентом о безопасном перемещении на территории больницы, обучение пациентов на предмет рисков падения, обучение персонала 2р. в год на семинарах , конференциях по теме« профилактика и последствия падений». |  |  |
| **Риск пожара** | Уничтожение материальных ценностей больницы, возможность поражения пожаром пациентов и персонала больницы | Несоблюдение персоналом и пациентами правил противопожарной безопасности;  Отсутствие средств пожаротушения; не обученный персонал по реагированию в соответствии с планом по ЧС; несоблюдение мероприятий по пожарной тревоге; наличие системы аварийной сигнализации в неполной готовности. | - соблюдение персоналом и пациентами правил пожарной безопасности  - наличие приказа по ЛПУ об ответственности за противопожарную безопасность  - свободные запасные выходы  - ср-ва пожаротушения (гидранты, рукава, огнетушители, установка системы пожаротушения, сигнализация)  - программа по введению в должность  - проведение инструктажей (вводный, первичный, периодический)  - обозначенные соответствующим образом запасные пути звакуации, аварийные выключатели  - планы эвакуации  - план обучения персонала в соответствии с планом реагирования при Ч.С.  - мероприятия по учебной тревоге, процедуре эвакуация людей из здания  - системы аварийной сигнализации в состоянии готовности, содержащие в рабочем состоянии |  |  |
| **Риски получения профзаболеваний и производственных травм** | Получение профессионального заболевания на производстве, дальнейшая неспособность работы по основной профессии вследствие заболевания | Заражение при проведении операций;  Заражение при обследовании инфицированного материала; рентгеновское излучение; отравление хлором; взрыв сосуда под давлением (автоклава), неисправные электроустановки. | - использование санитарной одежды (халат, колпак, маска, бахилы, перчатки и индивидуальных средств защиты (очки, забрала). Выполнение требований инструкции по действиям в случае получения микротравмы;  - ежеквартальный дозиметрический контроль персонала и кабинетов, использование СИЗ, выполнение требований СанПиНа;  - допуск к работе только обученного персонала, строгое соблюдение Правил эксплуатации сосудов под давлением;  - допуск к работе с электрооборудованием только обученного персонала, регулярные профилактические и ремонтные работы электрооборудования, неукоснительное выполнение требований ПТЭ и ПТБ при эксплуатации электроустановок потребителей и ПУЭ;  - допуск к работе с лифтом только обученного персонала, строгое соблюдение Правил эксплуатациилифтов;  - допуск к работе на автотранспорте персонала, имеющего профессиональную подготовку и прошедшего мед.осмотр, прохождение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров строгое соблюдение ПДД;  - использование спецодежды и СИЗ, строгое соблюдение инструкции по Б и ОТ |  |  |
| **Риск неэффективного расходования средств** | Увеличение стационарозамещающей помощи, уменьшение стационарной, недопущение необоснованной госпитализации, уменьшение количества вызовов скорой неотложной медицинской помощи в часы работы ПМСП | Удорожание стоимости лечения в связи с повышением цен на медикаменты, рост расходов на коммунальные услуги | - эффективная работа отдела госзакупок,  - увеличение стационарозамещающей помощи, уменьшение стационарной, недопущение необоснованной госпитализации,  - уменьшение количества вызовов скорой неотложной медицинской помощи в часы работы ПМСП,  - работа с врачебным персоналом по снижению необоснованных назначений, консультаций профильных специалистов и диагностических исследований, с целью сбережения материальных затрат, снижения износа оборудования, сбережения энергоресурсов, с целью повышения уровня госпитализации пациентов, обследованных на догоспитальном уровне  - работа по совершенствованию лекарственного формуляра с целью использования недорогих эффективных - целенаправленных лекарственных средств,  - проведение работы с персоналом по экономному расходованию коммунальных услуг, снижение уровня их потребления , применение энергосберегающих ламп, проведение энергоаудита. |  |  |
| **Недостаточный уровень материально-технической базы** | Привлечение спонсорских средств для приобретения медицинского оборудования и ремонта зданий, своевременная подача заявок на оборудование от отделений | Быстро изнашиваемая и устаревающая медицинская техника, здания старой постройки, требуется капитальный ремонт | - привлечение спонсорских средств для приобретения медицинского оборудования и ремонта зданий,  - своевременная подача заявок на оборудование от отделений, утверждение потребности в МТ в УЗ ВКО |  |  |
| **Риск дефицита врачебных кадров, высокий коэффициент совместительства** | Привлечение молодых специалистов и квалифицированных специалистов из других медицинских организаций, привлечение городского акимата и спонсорских средств для обеспечения социальным пакетом | Наличие врачей пенсионного и предпенсионного возраста, уход которых в ближайшее время может резко повлиять на обеспеченность врачебными кадрами, отток медицинских кадров | - привлечение молодых специалистов и квалифицированных специалистов из других медицинских организаций -привлечение городского акимата и спонсорских средств для обеспечения социальным пакетом  - переподготовка и повышение квалификации медперсонала,  - применение дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат. |  |  |
| **Риск снижения объема внебюджетных средств** | Разработка и утверждение прейскуранта цен для оказания услуг негосударственным предприятием, с учетом фактических затрат, расширение перечня оказываемых услуг, улучшение материально-технической базы, повышение качества и сервиса обслуживания | Прейскурант цен для оказания платных услуг утверждается на основании тарификатора, который не в полной мере учитывает затраты на услуги, конкуренция со стороны частных и областных организаций | - разработка и утверждение Прейскуранта цен для оказания услуг негосударственным предприятиям, с учетом фактических затрат,  - расширение перечня оказываемых услуг,  - улучшение материально-технической базы, повышение качества и сервиса обслуживания |  |  |

**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 специалистов:

Для внедрения новых технологий в КГП на ПХВ «Риддерская городская больница» УЗ ВКО акимата ведется непрерывная работа по организации обучения специалистов. За 2018 год было обучено 85 врачебных кадров, 144 СМР по следующим актуальным темам:

1. «Универсальная прогрессивная модель патронажной службы» (базовый уровень» - 16 врачей, 28 СМР.

2. «Программа управления сердечно – сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом на уровне ПМСП» - 1 врач, 3 СМР.

3. «БСК в условиях ПМСП» - 10 врачей, 28 СМР.

4. «Современный подход к ведению беременности и родов у женщин с ЭГП» **1 уровень** - 1 врач.

5. «Онконастороженность. Методы правильного осмотра визуальных локализаций» - 11 врачей, 33 СМР.

6. «ИВБДВ» - 20 врачей, 18 СМР.

7. «Превенция суицидов среди несовершеннолетних» **1 уровень – 2 врача.**

8. «Ранняя диагностика онкологических, гематологических заболеваний у детей» **1 и** **2 уровень – 2 врача.**

9. «Развитие менеджмента и корпоративного управлении в системе здравоохранения» - 1 врач, 1 АУП

10. Переподготовку прошли 2 врача по теме: «Трансфузиология».

11. «Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу и МЛУ ТБ. Нормативно – правовые акты по туберкулезу. Контроль за М/ШЛУ ТБ в мире и Казахстане. Раннее выявление ТБ, М/ШЛУ ТБ. Диагностический алгоритм. Бактериологическая диагностика туберкулеза МЛУ ТБ. Современные методы выявления, диагностики и лечения туберкулеза и М/ШЛУ ТБ. Индивидуальные и короткие схемы лечения. Побочные реакции. Тактика купирования. Современные принципы инфекционного контроля при туберкулезе и МЛУ ТБ. Мониторинг и оценка противотуберкулезных мероприятий на уровне ПМСП» - 8 врачей, 17 СМР.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период было проучено на семинарах – 27 врачей, 16 СМР, конгрессах – 3 врача, мастер – классах – 11 врачей, 1 СМР.

В соответствии с Приказом Министра здравоохранения РК Е.А. Биртанова «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» прошли обучение согласно международным стандартам сотрудники скорой медицинской помощи и стационара:

Сотрудники стационара (приемный покой)

BLS – 9 врачей, 36 СМР, ACLS – 3 врача, 18 СМР.

Сотрудники СМП и неотложной МП

BLS – 45, ACLS – 13.

В соответствии с требованиями международных стандартов согласно приказа Министра здравоохранения РК № 450 от 3 июля 2017 года «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в РК» в Казахстане утвержден новый формат деятельности приемных отделений стационаров, основанный на усилении 3Н-сортировки (триаж) пациентов и готовности принятия больных с различными патологиями. В связи с чем, в 2018 году проведено обучение сотрудников приемных отделений 10 врачей и 20 СМР.

На основании протокола УЗ ВКО, в 2018 году отдел кадров реорганизован в службу управления персоналом, разработана Кадровая политика организации, утверждена программа управления человеческими ресурсами (УЧР).

Уровень удовлетворенности персонала в 2018 году составил 62,5 %. С целью повышения показателя удовлетворенности персонала ежегодно осуществляется премирование сотрудников.

Для определения удовлетворенности персонала, Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем.

**6.2 Внедрение дифференцированной оплаты труда.**

Совершенствование системы мотивации и материальное стимулирование работников.

Работникам в зависимости от объёма и качества оказываемой медицинской помощи производится дифференцированная оплата за счёт сложившейся экономии бюджетных и внебюджетных средств в соответствии с Положением об организации системы оплаты труда и мотивации работников больницы. Распределение суммы экономии средств, направляемой на выплату дифференцированной доплаты работникам производится в соответствии с их трудовым вкладом в достижении результата деятельности больницы. Трудовой вклад работников определяется на основе критериев оценки деятельности работников, отражающих повышение качества оказываемых услуг, за выпонение дополнительного объёма работы, за качество и результативность работы, качественное ведение учётно- отчётной документации.

Работникам подразделений ПМСП производится оплата из средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов на оплату стимулирующего компонента к тарифу ПМСП ( СКПН). Средства СКПН направлены на материальное поощрение работников участковой службы за достигнутые индикаторы конечного результата и повышение квалификации работников ПМСП .

За работу по программе управления заболеваниями и прогрессивный подход по универсально-прогрессивной модели патронажной службы производится оплата СКУС (стимулирующего компонента участвковой службы) работникам ПМСП, имеющих сертификат повышения квалификации кадров и внедривших в работе ПУЗ и патронаж.

**6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала**

Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

Согласно плана, на постоянной основе проводятся мероприятия по развитию корпоративной культуры и поддержке ценностей. Проводятся корпоративные мероприятия в честь празднования государственных праздников. Коллектив принимает участие в городских спартакиадах.

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

**6.4 Управление рисками**

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За отчетный период инженером по Б и ОТ, специалистом штаба медицинской службы гражданской защиты Организации проведена работа по:

* обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено и проэкзаменовано 19 сотрудников);
* проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (проэкзаменовано 545 сотрудников);
* проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проинструктировано 264 сотрудника);
* на рабочих местах в организации проведен производственный контроль условий труда (инструментальные и лабораторные исследования анализа воздуха рабочей зоны на наличие вредных веществ, измерение напряженности электромагнитных полей для работающих на компьютерах; освещенность, скорость движения воздуха и шум на рабочих местах; индиыидуальный дозиметрический контроль персонала рентгенотделения; контроль мощности дозы рентгеновского излучения на рабочих местах, в смежных с процедурной помещениях и на территории; контроль эффективности передвижных и индивидуальных средств защиты, микроклимат на рабочих местах );
* проведению аттестации электротехнического персонала на знание норм и правил безопасности труда при эксплуатации электроустановок на 2-4 группу допуска по электробезопасности (аттестовано 103 сотрудника);
* проведению тренингов персонала с участием городского управления по ГО и ЧС (тренировок по оповещению и сбору территориальных формирований медицинской службы гражданской защиты (МС ГЗ) – 2; командно-штабное учение – 1; тактико-специальное учение – 1; сейсмотренировки и тренировки по эвакуации на случай возникновения террористического акта – 4; противоаварийных тренировок – 3; штабной тренировки по переходу с мирного на военное полдожение - 1).
* случаев производственного травматизма – 1.

**РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

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

В 2016 г наша организация, включая клинико-диагностическую лабораторию прошла аккредитацию.

В рамках подготовки к аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- проводится оценка индикаторов качества лабораторных исследований, доставки биологических -проб, оформления направлений на исследования.

- составлены СОПы преаналитического, аналитического, постаналитического этапов лабораторной службы, адаптированные к местным условиям .

- регулярно проводится контроль качества, самоконтроль, меж.лабораторный контроль в --биохимическом, гематологическом, клиническом отделениях КДЛ.

- составлены планы работы КДЛ на текущий год, планы по проведению семинаров по этике и деонтологии, сан. эпид. режиму, чрезвычайным ситуациям, технике безопасности, стандартам ISO, обучающим семинарам по лабораторной диагностике.

- обновлены должностные инструкции сотрудников лаборатории,

- составлен план работы по управлению качеством лабораторных исследований

- составлена карта процесса КДЛ

- составлен план работы по управлению рисками,

- проводится работа по повышению квалификации сотрудников лаборатории, лаборанты регулярно обучаются на циклах усовершенствования и повышения квалификации согласно составленному плану.

- регулярно, не реже одного раза в год проводится поверка измерительных приборов КДЛ, обновляются сертификаты допуска к работе.

- регулярно проводится тех. обслуживание дорогостоящего оборудования, ведутся журналы

регистрации неполадок в работе и их устранения.

- при выполнении анализов проводится верификация и валидация результатов.

- регулярно составляются и подаются заявки на приобретение реактивов, лабораторной посуды, аппаратуры, согласно потребностям лаборатории.

- ведётся ежемесячный учёт использованных реактивов.

- ежегодно внедряются новые методы исследования в КДЛ, осваивается новая аппаратура.

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

Уровень использования коечного фонда за 2018 год составил 98,9%.

За 2018 год наблюдается увеличение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 8,17 дней в 2017 г. до 8,5 в 2018 г. при плане 8,35 дней за 2018 г.

В Организации отмечается увеличение оборота койки на 8,6% от плана - 39,1 в 2018 г. 39,8 в 2017г., при плане 36 в 2018г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 0,2%: с 6766 поступивших больных за 2017 г, до 6778 в 2018 г.; увеличилось количество выписанных за 2018 г. на 1%, что составило 6609 против 6540 за 2017 г.

За 2018 год показатель госпитальной летальности 2,6%, в 2017г - 2,5%. Отмечается снижение послеоперационной летальности с 1,8 в 2017 г. до 1,7 в 2018 г.

За 2018 г. показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) 0, как и в 2017 году

С целью смещения акцента с дорогостоящего стационарного звена на первичный уровень получили развитие ресурсосберегающие технологии. В КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" коек дневного стационара – 35, пролечено 2321 (2017г - 2958). койко-дней -14813 (2017г - 19234).

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

В марте 2018 года начато внедрение комплексной медицинской информационной системы (КМИС), разработанной ТОО "Центр информационных технологий ДАМУ". Проведено обучение 100% сотрудников поликлиники и стационара.

Охват электронными паспортами здоровья прикрепленного населения КГП на ПХВ "Риддерская городская больница" на 31.12.2018г составляет 99,7%. С 1 июля 2018 года внедрен пилотный проект по внедрению безбумажной документации. На 31.12.2018г в электронном формате ведется 66,3% медицинских форм. Работа в данном направлении продолжается.

**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** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2 | Доля доходов от платных услуг\* | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 4,4% | 3,9% | Достиг |
| 3 | Рентабельность активов (ROA)\* | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 0% | - 4,6% | Не достиг |

**Стратегическое направление 2 (пациенты)**

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Удовлетворенность пациентов | | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | 97% | 97% | Достиг |
| 2 | Уровень послеоперационной летальности пациентов | | % | Стат. данные | Стат. отдел | 1,7% | 1,7% | Достиг |

**Стратегическое направление 3 (мотивация и развитие персонала)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Количество обученных сотрудников международным стандартам (BLS ACLS, PALS, PHTLS) | Кол-во | Отчет от HR-службы | HR-служба | 100% (приемный покой), 10% ПМСП | BLS – 55%, ACLS – 24% | В работе |
| 2 | Текучесть кадров | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | Снижение до 15% | 20,8% | В работе |
| 3 | Уровень удовлетворенности персонала | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | Повышение до 70% | 62,5% | В работе |

**Стратегическое направление 4 (операционные процессы)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года** | **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 | 8,35 дней | 8,5 | Не достиг |
| 3 | Оборот койки | Кол-во | Стат. данные | Заместитель главного врача | 36 | 39,1 | Достиг |