

Проект типовой формы
годового отчета о деятельности
для опубликования на сайте

Утверждено
Главный врач КГП на ПХВ

ЦРБ района Шал акына»

Управления Здравоохранения
Северо-Казахстанской области

Мустафин А.Ж.



Типовая форма годового отчета о деятельности организации здравоохранения для
опубликования на сайте

**КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА РАЙОНА
ШАЛ АКЫНА»
за 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. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

- 3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)
- 3.2. Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)

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

- 4.1. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе
- 4.2. Оценка эффективности использования основных средств
- 4.3. 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)

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

- 7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)
- 7.2. Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)
- 7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

ПРИЛОЖЕНИЯ

** далее в разделах курсивом приведены примеры заполнения*

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

Организация является Центральной районной больницей района Шал акына Северо-Казахстанской области оказывающая стационарную помощь детскому и взрослому населению, ПМСП, консультативно-диагностическую помощь взрослому и детскому населению, лабораторную диагностику, медицинскую реабилитологию а также экспертизу. В преимущества Организации входят: мощный кадровый потенциал, пациент-ориентированное и бизнес-ориентированное управление ...

Миссия

Сохранение и укрепление здоровья населения района путем предоставления широкого спектра услуг качественной и доступной медицинской помощи, применяя инновационные методы лечения и создавая благоприятные условия для труда сотрудников.

Видение

Ведущая организация здравоохранения в центрально-азиатском регионе, осуществляющий свою деятельность в соответствии с международными стандартами качества и безопасности пациентов на основе интеграции практики, науки, образования и инновационных подходов.

2017 год в цифрах

- Количество пролеченных пациентов: **2484**
- Количество обслуживаемого населения: **19049**
- Количество принятых пациентов: **73026**
- Количество проведенных операций: **363**
- Уровень использования коечного фонда: **88,2%**
- Пролечено **5 иностранных** пациентов
- Всего на конец 2017 года количество **сотрудников – 377**, из которых:
 - Медицинский персонал – 277 (28 врачей, 160 СМП, 1 фармацевт, 88 ММП)
 - Административно-управленческий персонал – 16, прочие – 84.
- Уменьшение текучести персонала с 21.6% в 2016 году до **21.4% в 2017 году**

1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

Организация работает по 6 стратегическим направлениям:

1. Создание финансовой устойчивости Больницы.

Цель 1: Оптимизация финансово-хозяйственной деятельности Больницы.

2. Совершенствование оказания медицинской помощи населению.

Цель 1: Совершенствование амбулаторно-поликлинической службы Больницы.

Цель 2: Совершенствование услуг стационарной помощи.

3. Создание качественной и безопасной среды для пациентов.

Цель 1: Повышение качества предоставляемой медицинской помощи.

Цель 2: Развитие брендинга Больница.

4. Повышение кадрового потенциала Больницы.

Цель 1: Формирование пула высококвалифицированных медицинских кадров Больницы.

5. Повышение ресурсной обеспеченности медицинского процесса Больницы.

Цель 1: Инновационное развитие медицинской организации.

6. Создание условий для роста продолжительности жизни населения.

Цель 1: Инновационное развитие медицинской организации.

Цель 2: Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

Служба поддержки пациентов 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 поддержки пациентов

Руководитель СППВК – Асылбекова А.Ж.

Основными направлениями работы СППВК являются:

- анализ отчетов по работе клинических подразделений;
- анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;
- внедрение новых прикладных технологий;
- аттестация отделений, сотрудников на соответствие должности по оказанию экстренной помощи;
- работа с постоянно действующими комиссиями;
- подготовка к проведению аккредитации; постоянный мониторинг и анализ устных и письменных жалоб пациентов и их родственников;
- мониторинг книг жалоб и предложений пациентов по отделениям.

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

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

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов достигнуты 5 индикаторов.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
1	Доля <i>врачебного</i> персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	<i>врачебного</i> персонала 50 % В соответствии с потребностью	<i>врачебного</i> персонала 53%	<i>врачебного</i> персонала 57 %	Достиг
2	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	не менее 2,7	2,8	2,7	Достиг
3	Текущее кадров	не более 21.6%	21.4%	21.6%	Достиг
4	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 75%	81%	75%	Достиг
5	Уровень обеспеченности жильем <i>врачей</i>	не менее 96,4%	100 %	96,4 %	Достиг

Причины не достижения:

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

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

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год*	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижении
1	Выполнение Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Не менее 590000,0 тыс.тенге	601663,9 тыс.тенге	559364,8 тыс.тенге	Достиг
2	Доход от выполнения платных услуг	Не менее 15000,0 тыс.тенге	17529,1 тыс.тенге	12875,3 тыс.тенге	Достиг
3	Приобретение медицинского оборудования	Не менее 10000,0 тыс.тенге	15190,9 тыс.тенге	3000,0 тыс.тенге	Достиг
4	Просроченная кредиторская задолженность	0	0%	0%	Достиг
5	Рентабельность активов (ROA)	Не менее 2,2	2,7	2,2	Достиг
6	Доля доходов от платных услуг	не менее 2,2%	2,9%	2,2%	Достиг

Причины не достижения:

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

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

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижении
1	Удовлетворенность пациентов	65%	86,7%	75%	Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 4%	0,0%	0,0%	Достиг
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 1,6%	0,6%	0,6%	Достиг
4	Общая летальность	не более 0,9%	0,1%	0,4%	Достиг
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0	Достиг
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 3%	0,3%	0,0%	Достиг

Причины не достижения:

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 5 индикаторов.

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт 2016 год	Сведения о достижении
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	100%	100%	100%	Достиг
2	Оборот койки	не менее 26,9 раз	36,7 раз	31,9 раз	Достиг
3	Средняя занятость койки	Не менее 100	273,3	239,4	Достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 10,0 дней	7,5 дней	7,7 дней	Достиг
5	Средняя длительность дооперационного пребывания	не более 4,7 дней	3,1 дней	2,5 дней	Достиг

Причины не достижения:

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	75%	88%	90%
2	Удовлетворенность работников	72%	75%	81%
3	Доходы за отчетный период составляют	492544,824 тыс.тенге	572240,0 тыс.тенге	601815,7 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	492423,4 тыс.тенге	572050,0 тыс.тенге	601035,2 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	11788,0 тыс.тенге	12876,0 тыс.тенге	17525,15 тыс.тенге
6	Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed)	0	0	0
7	Количество финансируемых научно-исследовательских программ (проектов), в т.ч. международных грантов	0	0	0
8	Количество пролеченных пациентов	1996	2156	2484
9	Летальность	0,4%	0,4%	0,1%

* Необходимо привести анализ в динамике показателей (с указанием инструментов достижения и не достижения, мероприятий по устранению)

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

4.1 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

Мероприятие 1. Формирование, совершенствование и расширение пакета платных услуг.

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 17525,15 тыс. тенге (в 2016 году – 12876 тыс. тенге) (136%) при плане – 13000,0 тыс. тенге.

4.2. Оценка эффективности использования основных средств

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг перевыполнены в сумме на 4525,15 тыс. тенге (план 13000,0 тыс. тенге, факт 17525,15 тыс. тенге). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 2,9% в сравнении с прошлым годом и на 2,2% в сравнении с планом.

Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 619340,85 тыс. тенге, что на 65086,85 тыс. тенге превышает плановое значение согласно Плана развития, и на 47100,85 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год – 572240,0 тыс. тенге). В общей структуре доходов 601815,7 тыс. тенге (97,1%) составляет ГОБМП и 17525,15 тыс. тенге (2,9%) другие доходы.

4.3. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

Привлечение дополнительных источников финансирования:

Мероприятие 1. Проведение работы по передаче в аренду неиспользуемых помещений.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2017 год в Организации было пролечено 2484 пациента (в рамках ГОБМП + на платной основе), что на 13,2% больше по сравнению с показателями прошлого года (за 2016 г. – 2156).

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделений в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 366 дней работы койки в 2017 году, (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

По итогам 2017 года было организовано 13 плановых выездов в населенные пункты. При выездах проконсультировано 809 пациентов, из них 10 больных были отобраны на оперативное лечение в Организации.

В 2017 г. было организовано 40 заочных дистанционных консультаций с регионами, при которых было проконсультировано 93 пациента.

За 2017 год было прикреплено к медицинской Организации – 1277 человек, по причине переезд – 110 человек, количество открепленного населения – 1371 человек, по причине выезд – 431 человек. За 2016г. количество прикрепленного населения к поликлинике – 1082 человек, по причине переезд – 49 человек, количество открепленного населения – 1350 человек, по причине выезд – 195 человек.

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 86,7% против 75% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой Организации в 2016 году по развитию госпитального сервиса. Кроме того, согласно приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 22 июля 2011 года № 468 по запросу РГП «РЦРЗ» проводится анкетирование стационарных пациентов и пациентов, получивших консультативно-диагностические услуги, результаты которого составило также более 86%.

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

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается увеличение оборота койки на 13%: с 31,9 в 2016 г. до 36,7 в 2017г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 13,2%: с 2156 поступивших больных за 2016 г. до 2484 в 2017 г..

Отмечается снижение госпитальной летальности на 75%: с 0,4 в 2016 г. до 0,1 в 2017 г., при плане 0,3 в 2017 г.

5.4. Безопасность пациентов

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

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

- внедрены 27 индикаторов качества для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

- пересмотрены 24 правила для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии с международными требованиями;

- пересмотрены 56 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

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

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

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	Запланированны е мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины неисполнени я
1	2	3	4	5	6
Возникновение внутрибольнично й инфекции (БВИ)	- На показатель качества; - На репутацию Цель 1: Создание пациент- ориентированно й системы оказания медицинской помощи. Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.	- Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от ВБИ в стационаре); - Дополнительны е финансовые затраты;	1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ 2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация.	1. Создана комиссия инфекционног о контроля, действующая согласно Типовому положению о комиссии инфекционног о контроля медицинских организаций; 2. Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционног о контроля	-

За 2017 год зарегистрировано 20 обращений от пациентов (устные обращения (15), письменные обращения (5)); из них обоснованные (2), необоснованные (12), частично обоснованные (5). Все случаи обращений разобраны, даны рекомендации по улучшению ситуаций.

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной и международной аккредитаций: ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг своевременности предоставления информации по выписанным пациентам в ЕНСЗ; проведение экспертизы медицинской помощи по летальным случаям, которые разобраны на КИЛИ, за исключением прошедших проверку 7 случаев. Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации: идентификация пациентов, вторая подпись в листах назначений, тайм-аут и т.д

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

6.1. Эффективность HR-менеджмента

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

Обучение и переподготовка ключевых специалистов:

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 57 сотрудников организации, что составляет 15,1% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 15, СМР – 40, АУП – 2.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: (Уровень удовлетворенности персонала 2016 г. – 75%; 2017 г. – 81%). А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год составляет 21,4% при плане «не более» 21,6%, из них уровень текучести врачей – 17,8% (план «не более» 19%), СМР – 11,2% (план – «не более» 15,8%),

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

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

За отчетный период проведено 9 (6 плановых и 3 внеплановых) общебольничных конференций для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

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

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

Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

Разработка и внедрение дифференцированной бонусной системы оплаты труда.

Решением Совета директоров 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. Решением Правления утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты работникам.

Совершенствование дополнительных форм материального и морального поощрения работников (стимулирование).

Решением Правления в Правилах расчета дифференцированной доплаты работникам Организации внесены изменения и дополнения, в частности, врачебному персоналу увеличены размеры оплаты участия в одной операции и за ведение больного, также внесены изменения и дополнения в повышающие и понижающие критерии оценки деятельности 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 5 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «День медицинской сестры», «Дня медицинского работника», «Дня независимости», «Новый год».

По запросу Министерства здравоохранения РК, и районного акимата, партии «Нур Отан» проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников Организации в честь празднования Международного женского дня, Наурыз-мейрамы, Дня независимости.

Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 81, из них АУП – 3, врачи – 5, СМР – 18, ММП – 11, прочие -23.

Количество сотрудников, уволенных

по истечению срока договора - 12, по уважительным причинам – 24 (из них по причинам увольнения: 16 сотрудников – выход на пенсию, 10 – переезд в другой город, 5 – перевод на другую работу, **по смерти- 1.**

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

В 2015 году Организация успешно прошла аккредитацию, в 2018 году – планируется реаккредитация.

В рамках подготовки к прохождению реаккредитации проводятся следующие мероприятия:

- проведена оценка 8 индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;
- внедрены 27 индикаторов качества для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;
- пересмотрены 24 правила для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии с международными требованиями;
- пересмотрены 56 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;
- пересмотрены 16 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;
- в области анестезиологии и реанимации переутверждено «Руководство по анестезии и седации», разработаны и внедрены 28 алгоритмов проведения манипуляций.
- внедрены стандарты госпитального сервиса по дорожной карте путем создания Сектора госпитального сервиса в составе Управления контроля качества с передачей функции Call- центра, регистратуры и пункта приема денег.

В 2015 году независимой международной комиссией проведена проверка Организации. Экспертами данной комиссии анализирована вся деятельность больницы – работа врачей, среднего и младшего медицинского персонала, административного блока, инженерных и немедицинских служб. По результатам данной проверки Организацией успешно пройдена аккредитация, что подтверждает ориентированность деятельности больницы на высокие стандарты качества и безопасность лечения пациентов.

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

За 2017 год средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях остается на одном уровне 7,5 дней в 2016 г. и 7,5 в 2017 г. при плане не более 7,5 дней за 2017 г.

В Организации отмечается увеличение оборота койки на 13%: с 31,9 в 2016 г. до 36,7 в 2017г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 13,2%: с 2156 поступивших больных за 2016 г. до 2484 в 2017 г..

Отмечается снижение госпитальной летальности на 75%: с 0,4 в 2016 г. до 0,1 в 2017 г., при плане 0,3 в 2017 г.

Также отмечается удержание послеоперационной летальности на одном уровне 0,6 в 2016 г. и 0,6 в 2017 г.

За 2017 г. внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) не регистрировалось, в 2016 г. не регистрировалось.

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

В Организации в области лекарственной безопасности переутверждены «Руководство по использованию лекарственных средств», «Руководство по антибиотикопрофилактике» (приказ Председателя Правления № 9-8 от 15.05.2015 г. «О внесении изменений и дополнений в приказ № 10-02/28 от 17.02.2015 года»).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

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

Стратегическое направление 1. Создание финансовой устойчивости Больницы

№	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	Просроченная кредиторская задолженность	% от общей доли задолженности	Данные бухгалтерского баланса	Главный бухгалтер, главный экономист	0	0	Достиг
2	Повышение рентабельности активов (ROA)	%	Данные бухгалтерского баланса	Главный экономист	Не менее 2,2	2,70	Достиг
3	Выполнение Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Тыс. тенге	Данные бухгалтерского баланса	Главный экономист	Не менее 590000,0 тыс.тенге	601663,9 тыс.тенге	Достиг
4	Доход от выполнения платных услуг	Тыс.тенге	Данные бухгалтерского баланса	Главный экономист	Не менее 13000,0	17529,1	Достиг

Стратегическое направление 2. Совершенствование оказания медицинской помощи населению

Индикаторы

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Удовлетворенность пациентов*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	65%	86,7%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	Стат. данные	Стат. отдел	не более 1,6%	0,6%	Достиг
3	Снижение	дни	Статистич	Заместител	7,5	7,5	Достиг

	средней длительности пребывания на койке		еские данные	ь главного врача по ЛДР			
4	Увеличение работы койки	Койки/дни	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача по ЛДР	274	274	Достиг
5	Снижение случаев необоснованно й госпитализаци и	% от общего количеств а пролеченн ых пациенто в	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача по ЛДР	0	0	Достиг
6	Снижение повторной госпитализаци и в течение одного месяца	% от общего количеств а пролеченн ых пациенто в	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача по ЛДР	0	0	Достиг
7	Повышение хирургической активности	%	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача ЛДР	44	44,5	Достиг
8	Снижение ранней неонатальной смертности (до 7 суток) на 1 000 родившихся живыми	%	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача по ЛДР	1	1	Достиг
9	Отсутствие случаев предотвратим ой младенческой смертности (до 1 года)	%	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача по ЛДР	0	0	Достиг
10	Отсутствие случаев предотвратим ой детской смертности (от 1 ода до 5 лет)	%	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача по ЛДР	0	0	Достиг
11	Детская досуточная летальность при госпитализаци и	%	Статистич еские данные	Заместител ь главного врача по ЛДР	0	0	Достиг
12	Случаи расхождения	абс.	Статистич еские	Заместител ь главного	0	0	Достиг

	клинического и патологоанатомического диагноза		данные	врача по ЛДР			
13	Показатель необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от клинических протоколов	Число случаев необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от клинических протоколов *100	Статистические данные	Заместитель главного врача по ЛДР	0	0	Достиг
14	Отсутствие случаев предотвратимой материнской смертности	абс.	Статистические данные	Заместитель главного врача по ЛДР	0	0	Достиг
15	Доля, финансовых средств, снятых за некачественное оказание медицинской помощи	%	Статистические данные	Заместитель главного врача по ЛДР	0	0	Достиг

Стратегическое направление 3. Повышение кадрового потенциала Больницы

№	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	Снижение текучести врачебных кадров	%	Статистические данные	Руководитель отдела кадров	Не более 21,6	21,4	Достиг
2	Укомплектованность кадрового состава	%	Статистические данные	Руководитель отдела кадров	не менее 84%	74,8%	Не достиг
3	Уровень удовлетворенности	%	%	Результаты анкетирования	не менее 80%	85%	Достиг

	персонала*					
--	------------	--	--	--	--	--

Стратегическое направление 4 (операционные процессы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) *	Случаи	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	Отсутствие	0	Достиг
2	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре *	Дни	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	не более 10,0 дней	7,5	Достиг
3	Оборот койки *	Кол-во	Стат. данные	Заместитель главного врача	не менее 26,9 раза	36,7	Достиг