

Форма
годового отчета о деятельности
для опубликования на сайте

Утверждено



Годовой отчет о деятельности организации здравоохранения для опубликования на сайте

КГП «Костанайская ЦРБ»

(наименование медицинской организации)

за 2017 год

П. Затобольск, 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 финансовом положении (финансово-экономические показатели)
- 4.2. Стратегическое направление 1 (финансы)
- 4.3. Стратегическое направление 2 (клиенты)
- 4.4. Стратегическое направление 3 (обучение и развитие персонала)
- 4.5. Стратегическое направление 4 (внутренние процессы)
- 4.6. Необходимые ресурсы

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. Управление рисками в работе с пациентами

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

- 6.1. Основные показатели эффективности HR-менеджмента: обучение и переподготовка ключевых специалистов, текучесть кадров (по всем категориям), удовлетворенность работников условиями труда
- 6.2. Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты труда
- 6.3. Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)
- 6.4. Управление рисками в работе с персоналом

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

ПРИЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

1. Миссия : оказать населению квалифицированную доступную медицинскую помощь на основе стандартов по инновационные технологий в диагностике, лечение и профилактике заболевания.
2. Видение: Неуклонно повышать эффективность диагностике, лечение, профилактике и качества медицинской обслуживания пациентов. Формирование конкурентоспособного кадрового потенциала, обладающего высоким профессионализмом, обладающего высокой профессиональной частью, соблюдающие все этнические нормы и ценности, служение пациенту.
3. Наши принципы:
 - Законность и порядочность деятельности
 - Забота о пациенте
 - Техногенность
 - Не предивное повышение квалификации сотрудников
 - Корпоративность
 - Лидерство

Наши ценности:

- Профессионализм
- Милосердие
- Уважение прав пациента
- Ответственность

2017 год в цифрах

Основные показатели коечного фонда Костанайской центральной районной больницы за 2015-2017 г.

№	Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.
1	Выписано больных	2585	2623	2535
2	Работа койки	290,7	628,6	255,4
3	Оборот койки	38,8	36,5	35,1
4	Время простоя койки	1,1	1,2	1,3
5	Число занятых коек	60,2	60,4	57,4
6	Число св. коек	12	12	15
7	Пролечено в дневном стационаре	4291	4042	4116

Отмечается незначительное снижение объема стационарной помощи на – 3,4 %, улучшение показателей коечного фонда, незначительное увеличение объема СЗТ на – 1,8%.

Таблица №4. Амбулаторно-поликлиническая помощь ЦРБ за 2015-2017 г.

№	Показатели	2015г	2016 г	2017г
1	Рождаемость	1058-15,0	867-12,3	793-11,2
2	Общая смертность	645-9,2	699-9,9	667-9,5
	Материнская смертность	0	0	0
3	Младенческая смертность	6-6,8	3-3,5	8-10,1
4	Общая заболеваемость	32342-461,3	33091-472,0	38136-543,2
5	Первичная заболеваемость	18160-259,0	15336-218,7	19068-271,6
6	Заболеваемость кишечными инфекциями	24-34,2	21-29,9	16-22,7
	из них гепатит А и В	0	1-1,4	2-2,8
7	Заболеваемость туберкулезом	42-59,9	42-59,9	46-65,5
	из них детей	0	2-2,8	3-4,2
8	Заболеваемость БППП	52-74,1	33-47,0	15-21,3
	из них сифилисом	33-47,0	24-34,2	13-18,5
9	Заболеваемость алкоголизмом и наркоманией	49-69,8	70-99,8	69-98,2
10	Заболеваемость злокачественными новообразованиями	208-296,7	192-273,8	190-270,9
11	Смертность от онкозаболеваний	108,0	59-84,0	67-95,5
12	Ранняя выявляемость онкозаболеваний	53,4	52,1	58,4
13	Заболеваемость БСК	1878-2688,9	1572-2242,4	1250-1780,5
14	Смертность от БСК	98-142,8	113-161,2	108-153,8
15	Смертность от туберкулеза	4-5,7	3-4,2	2-2,8
16	Кол-во коек	65	72	72

17	Работа койки	290,7	268,6	255,4
18	Средняя длительность	7,5	7,3	7,2
19	Оборот койки	38,8	36,5	35,1
20	Летальность по стационару	7	23-0,8	17-0,6
21	Пролечено больных в стационаре	2585	2623	2535
22	Проведено койко-дней	19274	19340	18392
23	Мощность райполиклиники	352,1	336,7	309,4
24	Количество врачебных амбулаторий	11	11	11
25	Количество ФАП	5	5	5
26	Количество мед. пунктов	34	34	33
27	Количество врачей	61	65	75
28	Количество средних медработников	232	272	300
29	Дневной стационар	4291	4042	4116

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: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг в Костанайском районе

3. Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

Служба внутреннего аудита (СВА) - структурное подразделение медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации и наделенное соответствующими полномочиями в соответствии с утвержденной должностной инструкцией, Положением и Программой деятельности Службы внутреннего аудита

Приказом руководителя медицинской организации создана Служба внутреннего аудита. В составе следующие сотрудники: Скиндинова З.С. - руководитель Службы; Комасова В.П. - врач-эксперт по поликлинике; Финк В.А. - врача-эксперт по стационару и оператор по

мониторингу обращений и управлению рисками. При Службе внутреннего аудита создан Совет Службы по управлению качеством медицинских услуг в составе: Тулебаевой А.Б. - заместитель главного врача поликлинической службы, Муржиковой Н.К. - заведующая терапевтической службой поликлиники, Старковой Т.Б. - заведующая родильным отделением, Хуртиной Н.А. – заведующая приемным отделением больницы, Джандыровой А.Г. – районный педиатр, Карагодиной В.А. – врач-онколога, врач фтизиатр, фармацевт, юрист и другие специалисты при необходимости.

Основными направлениями работы СВА являются:

- Предупреждение и устранение дефектов в работе, повышение качества и эффективности медицинской помощи
- Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг, направленное на обеспечение прав пациентов в получении своевременной, качественной и безопасной медицинской помощи в необходимом объеме.
- Анализ организацией здравоохранения выполнения профессиональных функций, использования ресурсов, удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием.
- Оценка процессов, осуществляемых в организации на предмет соответствия оказания медицинской помощи стандартам в области здравоохранения
- Разработка мероприятий, направленных на улучшение результатов деятельности и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.
- Защита прав пациентов на получение комплекса диагностических и лечебных мероприятий, которые приведут к оптимальным для их здоровья результатам, в зависимости от их возраста, функционального состояния, основных и сопутствующих заболеваний, реакций на выбранное лечение и других важных факторов, мониторинг, рассмотрение, подготовка проекта принятых мер по поступившим устным и письменным обращениям от пациентов и их родственников в срок не более 5 календарных дней

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов достигнуты 3 индикаторов

№ п/п	Наименование	Индикаторы			Сведения о достижен ии
		План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	
1	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	не менее 1,5	1,5	1,5	Достиг
2	Текучесть кадров	не более 9%	7,7%	5,9 %	Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 70%	87%	78%	Достиг

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

№ п/п	Индикаторы					Сведения о достижен ии
	Наименование	План на 2017 год*	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год		
1	Доля доходов от платных услуг	не менее 7,4%	9%	11%		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 7 индикаторов.

№ п/п	Индикаторы					Сведения о достижен ии
	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год		
1	Удовлетворенность пациентов	95%	96,7%	95%		Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 4%	0%	0%		Достиг
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 1,6%	0,8%	0,76%		Достиг
4	Общая летальность	не более 0,9%	0,67%	0,8%		Достиг
5	Количество повторно- поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0		Достиг
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 3%	0%	0%		Достиг
7	Время ожидания госпитализации в стационар	не более 14 дней	0-3 дней	0-3 дней		Достиг

Причины не достижения:

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов

№ п/п	Индикаторы					Сведения о достижен ии
	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт 2016 год		
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	55%	57,2%	43%		Достиг
2	Оборот койки	не менее 26,9 раз	35,1 раз	36,5 раз		Достиг

3	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 12,1 дней	7,2 дней	7,3 дней	Достиг
4	Средняя длительность дооперационного пребывания	не более 4,7 дней	1 дней	1 дней	Достиг

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%	97%
2	Удовлетворенность работников	76%	78%	87%
3	Доходы за отчетный период составляют	1 144 862,0 тыс.тенге	1 265 699,0 тыс.тенге	1 329 418,0 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	1 152 612,0 тыс.тенге	1 235 871,0 тыс.тенге	1 295 134,0 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	42 853,0 тыс.тенге	72 493,9 тыс.тенге	66 731,0 тыс.тенге
8	Количество пролеченных пациентов	2585	2623	2535
9	Летальность	0,6%	0,6%	0,67%

* 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, увеличение платных коек.

В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается увеличение доходов от платных услуг. Так, за 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 72 493,9 тыс. тенге (в 2016 году – 42 853,0 тыс. тенге) увеличение на 70%

4.2. Стратегическое направление 1 (финансы)

Цель 1.1 Улучшение показателей финансовой деятельности.

№						План (годы)
---	--	--	--	--	--	-------------

	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт 2017 года	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Рентабельность активов	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер, экономист	6,2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
2	Просроченная кредиторская задолженность	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер, экономист	0	0	0	0	0	0
Задачи: Повышение доходной части										
	Показатели результатов									
1	Увеличение доли платных услуг от общего объема	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер, экономист	6,0	6,0	6,1	6,1	6,0	6,1
2	Сокращение СДПБ	день	Статистическая отчетность	Заведующий стационарным отделением	13,7	13,7	13,5	13,5	13,0	12,5
3	Увеличение объема СЗТ от общего объема стационарной помощи	%	Статистическая отчетность	Заведующий стационарным отделением	42,5	42,5	43,0	43,0	43,5	44,0

4.3. Стратегическое направление 2 (клиенты)

Цель Создание пациентоориентированной системы медицинской помощи.

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт 2017 года	План (годы)				
						2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Уровень удовлетворенности клиентов качеством	%	Результаты анкетирования	СППП и ВК	85	85	87	87	88	88

	медицинских услуг									
2	Отсутствие обоснованных жалоб	%	Отчет СППП и ВК	СПППи ВК	0	0	0	0	0	0
3	Наличие аккредитации медицинской организации	Да/нет	Свидетельство об аккредитации	Главный врач	Нет	Нет	Да	Да	Да	да
Задачи: повышение качества медицинских услуг.										
	Показатели результатов									
1	Пропускная способность стационара	%	Статистическая отчетность	Заведующий стационарным отделением	100	100	100	100	100	100
2	Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного того же заболевания)	Случаи	Медицинская карта стационарного больного	Заведующий стационарным отделением	0	0	0	0	0	0

4.4. Стратегическое направление 3 (обучение и развитие персонала)

Цель Совершенствование последипломного образования и профессиональное развитие кадров.

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт 2017 года	План (годы)				
						2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку врача к средней заработной	соотношение	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер, экономист	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

	плате в экономике									
2	Текущность производст венного персонала	%	Отчет о текущести врачебных кадров	Главн ый врач, специ алист отдел а кадро в	4	5	5	5	5	5
3	Уровень удовлетвор енности медицинско го персонала	%	Результаты анкетирова ния	СПП иВК	83	85	90	90	92	92
4	Доля сотруднико в, прошедших повышение квалификац ии, переподгот овку	%	Утвержден ный план ПК	Спец иалис т отдел а кадро в	126	25	25	25	25	25
5	Укомплект ованность кадрами	%	Годовая форма №30	Инсп ектор отдел а кадро в	98,5	85	85	85	85	85
Задачи: повышение профессионального уровня медицинских кадров.										
	Показатели результатов									
1	Увеличение объема дифференц ированной оплаты	%	Финансова я отчетность	Главн ый бухга лтер, эконо мист	0	0	0	0	0	0
2	Увеличение удельного веса врачей, имеющих первую и высшую квалификац ионную категорию	%	Статистиче ская отчетность	Инсп ектор отдел а кадро в	37,3	50	50	51,0	52,0	52,0

1	Создание Наблюдательного Совета	Да/нет	Протокол решения комиссии	Руководитель	Нет	Да	Да	Да	Да	Да
2	Снижение дефицита врачебных кадров	чел.	Статистическая отчетность	Руководитель	3	3	3	2	2	1
3	Доля медицинского персонала (врачи и средний медперсонал), владеющих английским языком на уровне Intermediate	%	Результаты опроса персонала	Инспектор отдела кадров	0	30	30	30	30	30

4.6. Ресурсы

№	Ресурсы	Ед. измерения	Факт 2017г	План 2018-2022годы				
				2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Финансовые всего, в том числе:							
	Цель 1.1. Улучшение показателей финансовой деятельности							
	БП 253-011-011 (скорая)	тыс.т.	74679,8	0	0	0	0	0
	БП 239-052-114 (АПП)	тыс.т.	1137289,3	0	0	0	0	0
	БП 253-033-015	тыс.т.	33650,71	0	0	0	0	0
	БП 067100	тыс.т.	0	116928 4,18	1227 748,3 8	12891 35,80	135359 2,59	14212 72,22
		тыс.т.						
		тыс.т.	0					
	Платные услуги	тыс.т.	51538,2	68732,6 2	7010 7,27	71509, 41	72939, 60	75127, 80
	Итого:		1312350,5 1	123801 6,80	1297 855,6 5	13606 45,21	142653 2,19	14964 00,02
	Цель 3.1 Совершенствование последипломного образования и профессиональное развитие кадров.							
	БП 239-052-114 (АПП)	тыс.т.	4 223,1	4307,6	4393, 7	4525, 5	4616,0	4754,5
	Платные услуги	тыс.т.	0	0	0	0	0	0

		Цель 4.1. Внедрение элементов корпоративного управления						
2	Платные услуги	тыс.т.	0	0	0	0	0	0
	Человеческие всего, в том числе:							
	Цель 1.1. Улучшение показателей финансовой деятельности							
	Обучение (повышение квалификации: профессиональный бухгалтер)	чел.	1	1	0	0	1	0
		Цель 3.1. Совершенствование последипломного образования и профессиональное развитие кадров.						
	Обучение врачей (повышение квалификации)	чел.	6	12	13	15	15	15
	Обучение врачей (переподготовка)	чел.	4	2	2	2	2	2
	Обучение средний медперсонал (ПК)	чел.	50	37	40	45	45	45
		Цель 4.1. Внедрение элементов корпоративного управления						
	Обучение работников кадровой службы	чел.	2	1	1	1	1	1
	Обучение медицинского персонала английскому языку	чел.	10	12	15	15	15	15
3	Материально-технические всего, в том числе:							
	Цель 2.1. Создание пациентоориентированной системы медицинской помощи.							
	Приобретение медицинского и прочего оборудования	Тыс.т.	73 331,5	10000,0	11000,0	11000,0	10000,0	10000,0

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2017 год в Организации было пролечено 2535 пациентов (в рамках ГОБМП + на платной основе), что на 3,4% меньше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2016 г. – 2623, за 2015 г. – 2585).

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделений в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 255 дней работы койки в 2017 году.

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

С целью улучшения качества обслуживания на постоянной основе проводится анкетирование пациентов с анализом мнений и предложений респондентов. По результатам

проведенных анкетировании за 2017г. уровень удовлетворенности пациентов составил 85%. Кроме того, согласно приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 22 июля 2011 года № 468 по запросу РГП «РЦРЗ» проводится анкетирование стационарных пациентов, результаты которого составили также не менее 85%.

Одним из основных индикаторов качества медицинских услуг являются жалобы населения, не менее 90% которых должны решаться Службой поддержки пациентов и внутреннего контроля медицинской организации на месте их возникновения по обеспечению прав пациентов на получение качественной и эффективной медицинской помощи, в том числе гарантированной государством.

В КГП «Костанайская центральная районная больница» в целях оперативного решения жалоб пациентов по принципу «здесь и сейчас», а также систематического анализа и улучшения качества медицинских услуг работают 3 телефона «горячей линии» 8-714-55 2-11-55 (приемная), 3-81-75 (Служба внутреннего контроля) и 3-85-21 (главная мед.сестра); также функционирует «телефон доверия» 3-81-75, информация о котором размещена в регистратуре, приемном покое, кабинетах врачей, в стационарных отделениях. В районной газете «Арна» ежеквартально размещается информация для пациентов по каким вопросам и какому телефону можно обратиться с обращением в Службу поддержки пациента и внутреннего аудита (контроля)

В 3-х местах ЦРБ: в регистратуре, приемном отделении и родильном отделении, а также в 11 врачебных амбулаториях района стенды по функциям Службы поддержки пациентов и «Важная информация» с фамилиями, контактными телефонами администрации, службы внутреннего контроля, адресами электронной почты и сайта ЦРБ, куда могут обратиться пациенты по возникшим вопросам оказания медицинской помощи. Результаты рассмотренных обращений еженедельно доводятся Службой внутреннего аудита до сведения всех сотрудников ЦРБ на врачебных конференциях, мед.советах села, планерках средних медицинских работников с целью выполнения сотрудниками надлежащим образом профессиональных обязанностей, уважительного и гуманного отношения к пациентам и их родственникам, соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии. За 12 месяцев 2017 г. поступило и рассмотрено 341 обращение против 246 за аналогичный период 2016г. Обращения, которые поступили непосредственно в ЦРБ составили 83% против 78% за аналогичный период 2016г. Случаи обоснованных обращений за 2017г. уменьшились на 60% по сравнению с 2016г.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается уменьшение оборота койки с 36,5 в 2016 г. до 35,1 в 2017г. Количество поступивших больных уменьшилось на 3,3%: с 2623 поступивших больных за 2016 г, до 2535 в 2017 г.

5.5. Управление рисками

В медицинской организации сообщения о медицинских ошибках проводятся через предоставление устных и письменных рапортов сотрудников, сигнальных извещений других медицинских организаций, куда пациенты обратились за медицинской помощью. Требуется дальнейшее совершенствование 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

Идентификация рисков, связанных с медицинской деятельностью:

Риски, связанные с лечебно-диагностическими вмешательствами.

Хирургические, связанные с оперативным вмешательством

Фармакотерапевтические, связанные с применением лекарственных средств

2. Риски, связанные с отсутствием или недостаточной работой по профилактике

- Инфекция

- Поражение электрическим током, ожоги.

- Аллергические реакции на медицинские препараты.

- Превышение в окружающей среде предельно допустимых концентраций ядовитых и сильнодействующих веществ.

- Другие индивидуальные для здоровья человека риски: курение, алкоголь, гиподинамия, ожирение, стресс, наркомания и другие.

- Запущенные случаи онкологических заболеваний и туберкулеза.

Риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников: - От больных с особо опасными инфекциями. - От больных вирусным гепатитом, СПИДом, сифилисом и др. - От больных туберкулезом. - От больных с психическими заболеваниями. - От наркоманов. - От преступников и др

Таблица-реестр идентификации рисков, связанных с медицинской деятельностью.

Группа рисков	Риски	Вид работ	Степень риска	Последствия	Меры управления
Риски, связанные с лечебно-диагностическими вмешательствами					
Диагностические - инвазивные	Перфорация при дивертикуле Цинкера в пищеводе. Кишечная непроходимость Трещина прямой кишки	1.Гастроскопия 2.Колоноскопия Ректороманоскопия	Низкий (36)	1.Травма органов ЖКТ	1.Исполнение мер асептики и антисептики. 2.Гигиена рук персонала. 3.Строгое выполнение СОП.
	Инфицирование H.Pylori эндоскопическим аппаратом	1.Гастроскопия	Средний (56)	Инфицирование	1.Исполнение мер асептики и антисептики. 2.Гигиена рук персонала. 3.строгое выполнение СОП.
	Перфорация толстого кишечника Перфорация прямой кишки жестким тубусом	1.Колоноскопия 2.Гастроскопия, колоноскопия	Средний (76)	1.Инфицирование органов малого таза 2.Травма органов малого таза. Внутрибрюшное кровотечение	1.Установить доверительные отношения с пациенткой. 2.Подписание пациентом информированного согласия на

	Кровотечение при взятии биопсий	ректороманоскопия			предстоящую операцию. 3.Исполнение мер асептики и антисептики. 4.Гигиена рук персонала. 5.Проведение операций и манипуляций согласно СОП.
Хирургические, связанные с оперативным вмешательством;	Серома раны Инфильтрат брюшной полости Спаечная болезнь Лигатурный свищ	1.Состояние после операций 2.Реакция организма на шовный материал	Средний (56)	Инфицирование	1.Исполнение мер асептики и антисептики. 2.Гигиена рук персонала. 3.Строгое выполнение СОП.
Акушерско-гинекологические	Травма влагалища	1.Осмотр шейки матки на зеркалах. 2.Взятие мазка на степень чистоты и онкоцитологию. 3.Введение и удаление ВМС	Низкий (36)	Инфицирование	1.Исполнение мер асептики и антисептики. 2.Гигиена рук персонала. 3.Строгое выполнение СОП.
	Травма шейки матки	1.Введение ВМС 2.ДЭК шейки матки	Средний (56)	1.Инфицирование. 2.Истмико-цервикальная недостаточность	1.Исполнение мер асептики и антисептики. 2.Гигиена рук персонала. 3.Строгое выполнение СОП.
	Перфорация матки Ожог слизистой влагалища	1.Введение ВМС 2.Удаление ВМС 3.Зондирование полости матки	Средний (76)	3.Внутрибрюшное кровотечение	1.Установить доверительные отношения с пациенткой. 2.Подписание пациенткой информиро

					ванного согласия на предстоящую операцию. 3.Исполнение мер асептики и антисептики. 4.Гигиена рук персонала. 5.Проведение операций и манипуляций согласно СОП.
--	--	--	--	--	---

3.

Анестезиологическое	Непереносимость анестетиков	1.ДЭК шейки матки	Средний (56)	1.реакции немедленного типа. 2.Анафилактический шок.	1.Тщательный сбор аллергологического анамнеза. 2.наличие укладки для оказания первой помощи при аллергических реакциях.
Фармакотерапевтические	Ошибки при назначении и введении лекарственных средств	При назначении лекарственных средств	Низкий (36)	Ятрогенные	1. Идентификация пациента. 2. Сбор аллергологического анамнеза. 3..Лист врачебных назначений пишется разборчиво, содержит информацию о названии, дозе, порядке, частоте и продолжительности приема препарата. 4.Контроль сроков и дефектов хранения.
		При выполнении	Низкий (36)		1.Использование метода «напиши и заново прочти».

		назначений врача			2.Идентификация пациента перед проведением процедуры. 3.Соблюдение маркировки лекарственных препаратов, относящихся к группе высокого риска, со схожим названием, со схожей упаковкой. 4.Запрет использования неразрешенных аббревиатур. 5.Контроль сроков и дефектов хранения.
Побочные эффекты лекарствен ных препаратов	При выполнении назначений врача	Средний (56)	1.нарушения со стороны ЖКТ.	1.Реализация клинических протоколов. 2.Пациент информируется относительно побочных эффектов лекарственных препаратов, рисков несоблюдения инструкций. 3.Динамическое наблюдение за пациентом.	
Аллергичес кие реакции	Введение лекарственны х средств	Средний (56)	1.Реакции немедленног о типа. 2.Анафилакт ический шок.	1.Перед назначением лекарственных препаратов проводить подробный сбор аллергологическо го анамнеза.	

					2. проведение пробы на антибактериальные препараты перед началом лечения.
Риски, связанные с отсутствием или недостаточной работой по профилактике					
Внутрибольничная инфекция	1. Введение инъекций 2. Малые гинекологические операции 3. Обработка хирургической раны 4. При работе с предметами ухода за больным (белье) 5. При работе с биологическими жидкостями 6. При работе с медицинскими отходами 7. При работе с пациентами больными инфекционными заболеваниями	Средний (76)	1. Инфекция хирургической раны 2. Постинъекционный абсцесс 3. Тромбофлебит 4. Инфицирование персонала и пациентов	1. Соблюдение дезинфекционно-стерилизационного режима, санитарно-гигиенических требований. 2. Гигиена рук персонала. 3. Соблюдение универсальных мер предосторожности при работе с кровью и другими биологическими жидкостями. 4. Применение СОП в работе. 5. Ведение учета и анализ случаев ВБИ среди пациентов и персонала. 6. Проведение семинаров по санитарно-эпидемиологическому режиму. 7. Проведение зачетов среди медперсонала на знание санитарно-эпидемиологического режима. 8. Проведение ротации дезинфицирующих средств один раз в квартал. 9. Проведение внутри поликлинического контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологического и дезинфекционно-стерилизационного режимов. 10. Проведение инструктажа с сотрудниками по инфекционной безопасности при работе с медицинскими отходами 2 раза в год.	
Тяжелые осложнения беременности	Тяжелые осложнения беременности	Средний (76)	1. Перинатальная заболеваемость и смертность	1. Планирование беременности и прегравидарная подготовка ЖФВ с ЭГП.	

			2.Критические состояния у беременных 3.Финансовые затраты государства	2.Контрацепция ЖФВ с абсолютными противопоказаниями к беременности. 3.Ведение документации согласно приказу МЗ РК от 26 декабря 2012 года № 885 Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний 4.Проведение санитарно-просветительской работы среди населения.
--	--	--	--	---

Дополнение к программе рисков

Риски, связанные с не соблюдением 6 МЦБП

МЦБП 1 Ошибка идентификации пациента	1.При введении ЛС 2.При взятии любых образцов биоматериала на исследование (кровь, и т.п) 3.При проведении любых видов лечения, процедур	Низкий (46)	1.Ошибочное введение лекарственных средств. 2.Возникновение конфликтных ситуаций. 3. Неточный алгоритм приема пациентов. 4. Безымянные формы в медицинской карте 5.Нежелательные последствия неверной идентификации	1.Применение не менее двух идентификаторов пациента (ФИО, дата рождения, ИИН) 2. Усилено внимание на сквозную проверку - медсестра проверяет регистратора. Врач перепроверяет медсестру. Врача перепроверяет медсестра. 3. Проведение систематических групповых и индивидуальных занятий со всеми сотрудниками, задействованными в идентификации пациента. 4.Обеспечение большого количества стикеров для для идентификации 5.Идентификация пациентов дневного стационара, согласно СОП. Валидация 94,3%
МЦБП 2 Недостоверная передача информации	1.При получении и передачи информации персоналом 2.При передачи	Низкий (36)	1.Возникновение конфликтных ситуаций 2.Неточный алгоритм приема пациентов.	1.Полный текст устного или телефонного сообщения должен быть: - записан получателем - прочтен вслух получателем - подтвержден сообщаемым лицом

	информации из лабораторий и о критических показателях в анализах пациентов			2. Анализ корневых причин при ошибках передачи информации 3. Обучение сотрудников лаборатории 4. Лаборатории установить критические показатели на основе международных источников. Валидация 93%
МЦБП 3 Нарушение правил обращения с медикаментами высокого риска	1. При хранении, выдачи и использовании медикаментов с высокой степенью риска (наркотические средства, инсулины короткого действия, антикоагулянты, концентрированные электролиты)	Средний (66)	1. Нанесение вреда пациенту при неправильном применении 2. Нежелательные исходы	1. Разработка Правил хранения и движения медикаментов с высокой степенью риска. 2. Обеспечение отдельного хранения и отдельного шкафа обозначенного надписью для МВР от общих ЛС, закрывающийся на замок 3. Инструктирование персонала о соблюдении правил хранения и применения медикаментов с высокой степенью риска. 4. На каждую упаковку и ампулу наклеивается лейбл 5. Наличие отдельной ячейки в реанимационной сумке, обозначенной лейблом 6. Наличие отдельной полки в холодильнике, обозначенной лейблом. Валидация 100%
МЦБП 4 Неверное определение места проведения операции, пациента и процедуры	1. При оперативном вмешательстве 2. При инвазивных процедурах	Низкий (46)	1. Нанесение вреда здоровью пациента 2. Нежелательные исходы 3. Возникновение конфликтных ситуаций	1. Маркировка операционного поля и пациент вовлекается в процесс маркировки 2. Введение и применение чек-листа для верификации перед операцией для обозначения места проведения операции, процедуры и пациента (готовности документов и оборудования) 3. Введение и проведение Тайм-аута перед началом процедуры/операции 4. Обучение медицинского персонала согласно СОП по

				верификации пациента. Валидация 100%.
МЦБП 5 Нарушение гигиены рук	- при инъекционн ых процедурах - при хирургичес ких вмешательс твах - при работе с предметами ухода за больным (белье) - при работе с биологичес кими жидкостями - при работе с медицински ми отходами - при работе с пациентами больными инфекцион ными заболевания ми	Средний (66)	1. Возникновение ВБИ 2. Инфекция хирургической раны 3. Постинъекционный абсцесс 4. Тромбофлебит 5. Инфицирование персонала и пациентов 6. Регистрация положительных смыслов	1. Своевременная эффективная обработка рук, согласно СОП 2. Обучение медицинского персонала, проведение инструктажа, семинарских занятий 3. Контроль смыслов с рук персонала хирургического, гинекологического, уронефрологического, отоларингологического после обработки гигиенического уровня
МЦБП 6 Причинение вреда пациенту вследствие падений	1. При нахождении в дневном стационаре, лаборатори и, процедурно м, прививочно м кабинете	Средний (56)	1. Нанесение вреда здоровью пациента 2. Возникновение конфликтных ситуаций	1. Обучение персонала Правилам профилактики падений, согласно СОП 2. Контроль и мониторинг риска падений 3. Главной медсестре проведение семинара 1 раз в 6 месяцев по теме профилактика падений

	2. При посещении поликлиник и 3. При влажной уборки помещений			
--	--	--	--	--

Риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников				
От больных вирусным гепатитом, СПИД, сифилисом и др.	1. Аварийные ситуации при проведении инвазивных методов лечения, малых хирургических операциях 2. Аварийные ситуации при проведении забора анализов	Средний (66)	1. Профессиональная заболеваемость 2. Ухудшение эпидемиологической ситуации 3. Нетрудоспособность персонала 4. Финансовые затраты государства	1. Соблюдение универсальных мер предосторожности при работе с кровью и другими биологическими жидкостями. 2. Обеспечение индивидуальными средствами защиты. 3. Строгое соблюдение инструкций по сбору, хранению и утилизации медицинских отходов. 4. Обучение медицинского персонала с последующей аттестацией. 5. Проведение иммунопрофилактики против гепатита В среди медицинского персонала. 6. Обследование медицинского персонала на наличие ВИЧ-инфекции один раз в год.
Запущенные случаи онкологических		Средний (76)	1. Смертельный исход 2. Финансовые расходы государства	1. Проведение профилактических осмотров согласно приказа № 685 от

заболеваний				10.11.2009г. «Об утверждении правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» 2. Диспансеризация гинекологических больных согласно приказу и.о. Министра здравоохранения №452. 3. Обязательное флюорографическое обследование персонала 1 раз в год
От больных туберкулезом	Контакт во время профессиональной деятельности	Средний (66)	1. Профессиональная заболеваемость 2. Ухудшение эпидемиологической ситуации 3. Нетрудоспособность персонала 4. Финансовые затраты государства	1. Ведение масочного режима в эпидемический сезон. 2. Ношение масок при обслуживании пациентов с заболеваниями дыхательных путей. 3. Обязательное ФГ-обследование персонала 1 раз в год. 4. Соблюдение универсальных мер предосторожности при работе с биологическими материалами.
От больных особо опасными инфекциями	Контакт во время профессиональной деятельности	Средний (66)	1. Профессиональная заболеваемость 2. Нетрудоспособность персонала. 3. Финансовые расходы государства	1. Ведение масочного режима в эпидемический сезон. 2. Проведение иммунопрофилактики гриппа среди медицинского персонала. 3. Соблюдение универсальных мер предосторожности при работе с кровью и

				другими биологическими жидкостями. 4.Строгое соблюдение инструкций по сбору, хранению и утилизации медицинских отходов. 5.Проведение конференции по теме «Особо опасные инфекции».
Риск возникновения конфликтных ситуаций между пациентом и медицинским персоналом				
Возникновение конфликтных ситуаций (жалобы пациентов)	1.Неудовлетворенность пациента качеством медицинских услуг. 2.Отсутствие взаимопонимания между пациентом и медперсоналом	Средний (66)	1.Снижение доверия населения медицинским работникам. 2.Психозэмоциональные нагрузки	2.Соблюдение прав пациента. 3.Соблюдение Положения об этической комиссии и принципов Кодекса чести» 4.Четкое выполнение своих функциональных обязанностей. 5.Применение утвержденных клинических протоколов диагностики и лечения. 6.Обучение медперсонала по вопросам этики и деонтологии один раз в месяц. 6.Контроль за своевременным и правильным выполнением врачебных назначений (диагностических, лечебных, профилактических и др.) 7.Разрешение конфликтных ситуаций

				по принципу «Здесь и сейчас»
--	--	--	--	------------------------------

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
Внешние риски					
Недостаточное бюджетное финансирование	Улучшение показателей финансовой деятельности	Снижение уровня рентабельности	Увеличение доли дохода от платных услуг		
Рост цен поставщиков на оборудование и расходные материалы		Увеличение тарифов на оказание платных услуг	Проведение анализа пролеченных случаев по весовым коэффициентам в разрезе КЗГ		
Внутренние риски					
Недостаточная оснащенность медицинским оборудованием	Совершенствование последиального образования и профессиональное развитие кадров	Снижение доходности, качества предоставляемых услуг, отток пациентов	Обновление медицинского оборудования		
Сохранение дефицита врачебных кадров		Снижение качества предоставляемых услуг, длительное ожидание консультации специалистов	Привлечение специалистов и переобучение Обучение выпускников ВУЗов на резидентуре		
Усиление конкуренции с частными организациями		Отток пациентов	Расширение спектра предоставляемых услуг		

За 2017 год получено 166 обращений от пациентов и их родственников об инцидентах (связанные с организационными процессами (97)), с хирургическими событиями (12), с конфликтными ситуациями (24), с приобретением медикаментами по ГОБМП (13) и другим причинам; все случаи разобраны, приняты меры по недопущению повторения подобных инцидентов, даны рекомендации.

За отчетный 2017 год программа с правилами управления риска доведена до всех руководителей

структурных подразделений для выполнения.

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной аккредитации: врачами экспертами проводится ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг своевременности предоставления информации по выписанным пациентам в ЕНСЗ; проведение экспертизы качества оказания медицинской помощи по случаям младенческой и детской смертности, мертворождениям, летальным случаям, которые разобраны на КИЛИ. Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации: идентификация пациентов и т.д

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

6.1. Всего в Костанайская ЦРБ работает -72 врача, категорийность- 43%, (высшая -25 %, первая- 2,8 %, вторая- 15,3%),

Таблица №2

№	Наименование:	2015	2016	2017	2018
1	Всего врачей	68	65	75	72
2	Категорийность	42,6	49,2%	41,3%	43 %
3	Укомплектованность	97,1	95%	100%	98,1
4	Всего средний персонал	258	272	300	293
5	Категорийность	54,7	47,1%	47,3%	47,8
6	Укомплектованность	97,9	98,5%	99,4%	99,4

За последние три года прибыло 16 молодых специалистов, всем предоставлена возможность получения социального пакета и жилья. Проблема остается привлечение узких специалистов, так как выпускнику медицинского вуза необходимо пройти обучение в резидентуре, продолжительность обучения составляет два года.

6.2 Внедрение дифференцированной оплаты труда

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

За отчетный период проведены 9 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыз мейрамы», «Международных Дней медицинской сестры и акушерки», «Дня единства национальностей РК», «Дня Победы» «Дня медицинского работника», «Дня рождения столицы», «Дня конституции», «Дня независимости».

По запросу Министерства здравоохранения РК, проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников Организации в честь празднования Международных Дней медицинской сестры и акушерки, Дня медицинского работника, 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. За отчетный год оценка профессиональной деятельности сотрудников проведена с 05 по 23 декабря 2017 года (80% сотрудников).

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 76, из них АУП – 0, врачи – 3, СМР – 26 (25- по собственному желанию, 1- в случае смерти работника), ММП – 22, прочие - 25.

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 62 сотрудников);
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 645 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 90 сотрудникам);
- организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 30 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 2 сотрудников);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведена 1 тренировка).

Внешней сертифицированной компанией проведена аттестация рабочих мест.

Случай производственного травматизма в 2017 году был 1 (укус собаки).

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

В 2012 году Организация успешно прошла аккредитацию на 4 года, в 2016 году – реаккредитацию на 3 года.

В рамках подготовки к прохождению реаккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- проведена оценка 8 индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;
- внедрены 7 индикаторов качества и 4 приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;
- пересмотрены 29 правил для сотрудников, описывающие процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации, в соответствии с международными требованиями;
- пересмотрены 11 Стандартных операционных процедур (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;

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

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

Уровень использования коечного фонда за 2017 год составил 100% при плане 100%.

За 2017 год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 7,3 дней в 2016 г. до 7,2 в 2017 г.

Отмечается снижение оборота койки с 36,5 в 2016 г. до 35,1 в 2017 г. Количество выписанных за 2017 г. снизилось на 3,3%, что составляло 2535 против 2623 за 2016 г.

При этом количество пролеченных в дневном стационаре увеличилось на 1,8% 4042 за 2016 г. 4116 за 2017 г.

За 2017 год наблюдается снижение показателей госпитальной летальности с 0,8 в 2016 г. до 0,6 в 2017 г. Послеоперационная летальность 0 в 2017 г.

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

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

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

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

№	Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.
1	Выписано больных	2585	2623	2535
2	Работа койки	290,7	628,6	255,4
3	Оборот койки	38,8	36,5	35,1
4	Время простоя койки	1,1	1,2	1,3
5	Число занятых коек	60,2	60,4	57,4
6	Число св. коек	12	12	15
7	Пролечено в дневном стационаре	4291	4042	4116

Амбулаторно-поликлиническая помощь ЦРБ за 2015-2017 г.

№	Показатели	2015г	2016 г	2017г
---	------------	-------	--------	-------

1	Рождаемость	1058-15,0	867-12,3	793-11,2
2	Общая смертность	645-9,2	699-9,9	667-9,5
	Материнская смертность	0	0	0
3	Младенческая смертность	6-6,8	3-3,5	8-10,1
4	Общая заболеваемость	32342-461,3	33091-472,0	38136-543,2
5	Первичная заболеваемость	18160-259,0	15336-218,7	19068-271,6
6	Заболеваемость кишечными инфекциями	24-34,2	21-29,9	16-22,7
	из них гепатит А и В	0	1-1,4	2-2,8
7	Заболеваемость туберкулезом	42-59,9	42-59,9	46-65,5
	из них детей	0	2-2,8	3-4,2
8	Заболеваемость БППП	52-74,1	33-47,0	15-21,3
	из них сифилисом	33-47,0	24-34,2	13-18,5
9	Заболеваемость алкоголизмом и наркоманией	49-69,8	70-99,8	69-98,2
10	Заболеваемость злокачественными новообразованиями	208-296,7	192-273,8	190-270,9
11	Смертность от онкозаболеваний	108,0	59-84,0	67-95,5
12	Ранняя выявляемость онкозаболеваний	53,4	52,1	58,4
13	Заболеваемость БСК	1878-2688,9	1572-2242,4	1250-1780,5
14	Смертность от БСК	98-142,8	113-161,2	108-153,8
15	Смертность от туберкулеза	4-5,7	3-4,2	2-2,8
16	Кол-во коек	65	72	72
17	Работа койки	290,7	268,6	255,4
18	Средняя длительность	7,5	7,3	7,2
19	Оборот койки	38,8	36,5	35,1
20	Летальность по стационару	7	23-0,8	17-0,6
21	Пролечено больных в стационаре	2585	2623	2535

22	Проведено койко-дней	19274	19340	18392
23	Мощность райполиклиники	352,1	336,7	309,4
24	Количество врачебных амбулаторий	11	11	11
25	Количество ФАП	5	5	5
26	Количество мед. пунктов	34	34	33
27	Количество врачей	61	65	75
28	Количество средних медработников	232	272	300
29	Дневной стационар	4291	4042	4116

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
1	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	не менее 1,5	1,5	1,5	Достиг
2	Текучесть кадров	не более 9%	7,7%	5,9 %	Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 70%	87%	78%	Достиг

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год*	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижен ии
1	Доля доходов от платных услуг	не менее 7,4%	9%	11%	Достиг

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижен ии
1	Удовлетворенность пациентов	95%	96,7%	95%	Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 4%	0%	0%	Достиг
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 1,6%	0,8%	0,76%	Достиг
4	Общая летальность	не более 0,9%	0,67%	0,8%	Достиг
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0	Достиг
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 3%	0%	0%	Достиг
7	Время ожидания госпитализации в стационар	не более 14 дней	0-3 дней	0-3 дней	Достиг

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт 2016 год	Сведения о достижен ии
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	55%	57,2%	43%	Достиг
2	Оборот койки	не менее 26,9 раз	35,1 раз	36,5 раз	Достиг
3	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 12,1 дней	7,2 дней	7,3 дней	Достиг
4	Средняя длительность дооперационного пребывания	не более 4,7 дней	1 дней	1 дней	Достиг

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%	97%
2	Удовлетворенность работников	76%	78%	87%
3	Доходы за отчетный период составляют	1 144 862,0 тыс.тенге	1 265 699,0 тыс.тенге	1 329 418,0 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	1 152 612,0 тыс.тенге	1 235 871,0 тыс.тенге	1 295 134,0 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	42 853,0 тыс.тенге	72 493,9 тыс.тенге	66 731,0 тыс.тенге
8	Количество пролеченных пациентов	2585	2623	2535
9	Летальность	0,6%	0,6%	0,67%

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ

№	Наименование:	2015	2016	2017	2018
1	Всего врачей	68	65	75	72
2	Категорийность	42,6	49,2%	41,3%	43 %
3	Укомплектованность	97,1	95%	100%	98,1
4	Всего средний персонал	258	272	300	293
5	Категорийность	54,7	47,1%	47,3%	47,8
6	Укомплектованность	97,9	98,5%	99,4%	99,4