

**Годовой отчет деятельности
ГКП на ПХВ «Городская детская больница № 1 УЗАЖО»
за 2017год**

г.Тараз, 2018 года

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

- 1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)
- 1.2. Стратегия развития (стратегические цели и задачи)

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ (для организации с корпоративным управлением)

- 2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров
- 2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

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

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

- 4.1. Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)
- 4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе
- 4.3. Отчет об изменениях в капитале
- 4.4. Отчет о движении денежных средств
- 4.5. Оценка эффективности использования основных средств
- 4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

- 5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов
- 5.2. Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.
- 5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.
- 5.4. Безопасность пациентов
- 5.5. Управление рисками в работе с пациентами

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

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

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

Миссия

Способствовать восстановлению здоровья, улучшению качества жизни, возвращению радости детям и их родителям через высококачественную медицинскую помощь на основе стандартных и инновационных технологий.

Видение

Быть лучшими в своём деле

Ценности :

- Соблюдение интересов пациентов.
- Милосердие
- Профессионализм.
- Ответственность
- Командная работа
- Верность традициям

Городская детская больница имеет статус **Государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения** и осуществляет свою деятельность согласно всем действующим приказам МЗ РК ,МЗ и СР, Постановлений Правительства РК оказывая стационарную и стационарзамещающую (–СЗП) помощь , специализированную медицинскую, реабилитационную, консультативно-диагностическую помощи детскому населению от рождения до 18 лет , проживающим в городе и в области.

Больница представляет собой мощный лечебно-диагностический комплекс в новом типовом здании сданным в эксплуатацию в 2013г **Имеется Государственная лицензия № 13015365** от 30.09.2013г. выданная Управлением здравоохранения акимата Жамбылской области на занятие медицинской деятельностью, которая включает следующие виды деятельности: стационарная медицинская помощь детскому населению по специальностям-пульмонология, педиатрия, кардиология, гастроэнтерология, невропатология, анестезиология и реаниматология, отоларингология, хирургия общая, инфекционные болезни, аллергология, ортопедия. – клиническая лабораторная диагностика патологическая анатомия; нетрадиционная медицина, рефлексотерапия ,медицинская реабилитология , трансфузиология экспертная медицинская деятельность экспертиза трудоспособности, консультативно-деятельностическая помощь: пульмонология, педиатрия, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, невропатология хирургия общая, оториноларингология, офтальмология, инфекционные болезни, фтизиатрия, ортопедия ,стационарзамещающая помощь- дневной стационар.

Структура Городской детской больницы.

Занимаемая площадь 24475м²., полезная 8667,9 расположен по ул. Байтерек,3.

Приемное отделение (кабинеты для осмотра экстренных и плановых больных, противошоковая палата, диагностические палаты, изолятор, экспресс-лаборатория).

Стационар с 7 структурными подразделениями на 220 круглосуточных коек и дневной стационар на 30 коек.

Лечебно-диагностические отделения – отделение лучевой диагностики (МРТ, R-кабинет), физиоотделение, клиничко-диагностическая лаборатория (клиническая, биохимическая, ПЦР, ИФА), бактериологическая лаборатория, консультативно-диагностическая поликлиника, кабинетами УЗИ и эндоскопии.

Коллектив больницы это 468 человек, в том числе 47 врачей и 208 средних медицинских работников, категоричность врачей - 75,0% , не имеющих квалификационных категорий – это молодые специалисты, стаж работы которых от 0 до 5 лет, среди среднего медицинского персонала категоричность - 64,0% . *В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 83 медицинских работников Организации, в том числе в рамках 052 программы обучены 48 сотрудников, что составляет 32% от общего числа всех медицинских работников, из них врачи –21, СМР – 60, АУП – 2 человек, прошли переподготовку- 2 врачей, врачи и средние , проведено 2- мастер класса по неврологии лечение Диспортом.*

Успешно внедряются рекомендованные ВОЗ программы ИВБДВ и ЭПП

Качество медицинской помощи контролировалось Службой поддержки пациента и внутреннего аудита -С ПП и ВА.

Расходы больницы на одного больного за 2017г составил-4200млн.тг.

Лекарственного обеспечение через единую систему единой дистрибуции лекарственных средств СК-Фармацию Для реализации основных задач приказа№677МЗРК от 24.12.2008г работает формулярная комиссия в больнице. Закуп лекарственных средств и изделий медицинского назначения по потребности больницы осуществлены на основании лекарственного формуляра и протоколов лечения и диагностики

На балансе больницы – 700 единиц медицинской техники. В 2017г. куплено еще 16 единиц оборудования на сумму 43 млн. тг. и оснащенность по СУМТ за 2017г- 96,0% приобретено также 17 компьютеров и сейчас на балансе -90 единиц и но это 75% от потребности.

27 декабря 2012 года Постановлением Акимата Жамбылской области был введен наблюдательный совет, а 12 марта 2013 года Приказом управления здравоохранения Акимата Жамбылской области был утвержден первый состав членов наблюдательного совета. Приказом № 962 от 30 декабря 2016 года, в связи с истечением срока действия, был утвержден новый состав комиссии наблюдательного совета, в который были внесены изменения приказом № 1349 от 28 ноября 2017 года, в связи с заменой члена наблюдательного совета.

Наблюдательный совет в 2017 году провел 4 заседания.

Основные показатели работы стационара за 2017г.

<i>Пролено больных</i>	<i>7403</i>
<i>Проведено к/дней –</i>	<i>71818</i>
<i>Оборот койки –</i>	<i>34,6</i>
<i>Работа койки –</i>	<i>336,0</i>
<i>Средняя длительность пребывания</i>	<i>10,0</i>
<i>Летальность общая –</i>	<i>0,3%</i>

1.2 Стратегические направления

Организация работает по 4 стратегическим направлениям:

1.: . Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Совершенствование управления и достижение экономической эффективности

Цель 2: Совершенствование материально технической базы

2 Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

Цель 1. Повышение уровня удовлетворенности пациентов

Цель 2 Безопасность предоставляемых услуг

3 Развитие кадрового потенциала

Цель 1: Непрерывное повышение профессионального уровня

Цель 2: Повышение уровня удовлетворенности персонала

4. Эффективный больничный менеджмент

Цель 1 Повышение качества медицинских услуг

Цель 2 Улучшение внутренних процессов

Цель 3 Реализация национальной лекарственной политики

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета

27 декабря 2012 года Постановлением Акимата Жамбылской области был введен наблюдательный совет, а 12 марта 2013 года Приказом управления здравоохранения Акимата Жамбылской области был утвержден первый состав членов наблюдательного совета. Приказом № 962 от 30 декабря 2016 года, в связи с истечением срока действия, был утвержден новый состав комиссии наблюдательного совета, в который были внесены изменения приказом № 1349 от 28 ноября 2017 года, в связи с заменой члена наблюдательного совета.

Члены наблюдательного совета:

Председатель наблюдательного совета – главный врач ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6 УЗАЖО» - Керимбаева Дуйсенкул Керимкуловна;

Член наблюдательного – заместитель руководителя Управления здравоохранения акимата Жамбылской области – Мырзакасымов Хамит Саттаркулович;

Член наблюдательного совета – главный врач ГКП на ПХВ «Городская больница № 2 УЗАЖО» - Мамашева Сауле Каратаевна;

Член наблюдательного совета – главный врач ГКП на ПХВ «Центральная районная больница Кордайского района УЗАЖО»

Наблюдательный совет в 2017 году провел 4 заседания.

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

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

Руководитель СВА – Заместитель главного врача - Сарина Светлана Жаксыгалиевна

Основными направлениями работы СВА являются:

- анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;
- 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.
- оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке
- изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации
- соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
- разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

Цель Финансовая устойчивость предприятия

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

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов достигнуты 4 индикаторов, не достигнуты – 3.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижениях
2	<i>Количество мастер-классов с привлечением ведущих специалистов из г. Алма-аты</i>	<i>не менее 2</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>достиг</i>
3	<i>Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку,</i>	20%	32%	24%	<i>Достиг</i>
4	<i>Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной</i>	<i>не менее 1,5</i>	2,3	1,9	<i>Достиг</i>

	<i>заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5</i>				
5	<i>Текущность кадров</i>	<i>не более 10,0%</i>	9,4%	9,5%	<i>Достиг</i>
6	<i>Уровень удовлетворенности персонала</i>	<i>не менее 70%</i>	98%	95%	<i>Достиг</i>

Средняя заработная плата по Жамбылской области-за 2016г-94500тгза2017-107000тг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов наблюдается достижение 3=4 индикаторов, не достигнуты – 3=2

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год*	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижении
1	<i>Доход на 1 койку (млн. тенге)</i>	<i>4,0млн. тг.</i>	<i>4,2млн. тг.</i>	<i>4,1млн. тг.</i>	<i>Достиг</i>
2	<i>Амортизационный коэффициент</i>	<i>16%</i>	<i>19,0%</i>	<i>16%</i>	<i>достиг</i>
3	<i>Оборачиваемость активов</i>	<i>25%</i>	<i>26,0%</i>	<i>24,0%</i>	<i>Достиг</i>
4	<i>Рентабельность (эффективная деятельность)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>Не достиг</i>
5	<i>Рентабельность активов (ROA)</i>	<i>0</i>	<i>0,</i>	<i>0</i>	<i>Не достиг</i>
6	<i>Доля доходов от платных услуг</i>	<i>не менее 2%</i>	<i>2,2%</i>	<i>2,1%</i>	<i>Достиг</i>

Причины не достижения: Основной причиной не достижения рентабельности убыточность является отсутствие возмещения расходы на амортизационных отчисления ОС так как по действующим нормативно-правовым актам не предусмотрены. стоимость основных средств, 4,9 млрд. тенге. Из-за нового современного здания больницы, ежегодная сумма расходов на амортизацию которой составляет 210-230 млн.тенге.

Цель 2: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 9 индикаторов наблюдается достижение 8 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Сведения о достижении
1	<i>Удовлетворенность пациентов</i>	<i>95%</i>	<i>95,0%</i>	<i>95%</i>	<i>Достиг</i>
2	<i>Показатели ВБИ</i>	<i>не более 4%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>Достиг</i>
4	<i>Общая летальность</i>	<i>не более 0,3%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,3%</i>	<i>Достиг</i>
5	<i>Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>Достиг</i>
8	<i>Доля сельских пациентов</i>	<i>30,0%</i>	<i>31,9%</i>	<i>32,6%</i>	<i>Достиг</i>

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 3 индикаторов, не достигнуты – 2 индикатора.

№ п/п	Наименование	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт 2016 год	Сведения о достижении
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	75%	75%	70%	Достиг
2	Оборот койки	не менее 28,3 раз	34,6 раз	33,3 раз	достиг
3	Работа койки	100%	99,0%	99,0%	Не достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 11,0 дней	10,0 дней	10,0 дней	Достиг

Причины не достижения:

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

Медико-экономические показатели Организациза последние 3 года:

	Наименование	Факт за 2015 год	Факт за 2016 год	Факт 2017 год
1	Удовлетворенность пациентов	95,0%	95,0%	95,5%
2	Удовлетворенность работников	78%	80%	90%
3	Доходы за отчетный период составляют	847 881,4 тыс.тенге	1 002 877,8 тыс.тенге	1020 412,6 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	847881,4 тыс.тенге	1 002877,8 тыс.тенге	990 574, тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	21 608,7 тыс.тенге	21 750,6 тыс.тенге	23 229,3 тыс.тенге
8	Количество пролеченных пациентов	7548	7299	7403
9	Летальность	0,3%	0,2%	0,3%
10	Оборот койки	34,6	33,3	34,6
11	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	10,4	10,0	10,0
12	Работа койки	361,4	335,0	336,0

* 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 финансовом положении

Предприятие раскрывает состав денежных средств и их эквивалентов в своей финансовой отчетности и представляет сверку сумм в отчете о движении денежных средств с эквивалентными статьями, представленными в отчете о финансовом положении.

По состоянию на 31 декабря 2017 года денежные средства представлены следующим образом: (тыс.тенге)

	<u>31.12.2017 г.</u>	<u>31.12.2016 г.</u>
Всего	36 821	6 694

Наличие денежных средств подтверждаются актами инвентаризации кассы и подтверждениями банка.

Предприятие по состоянию на конец отчетного периода не имеет ограничение использования денежных средств.

КРАТКОСРОЧНАЯ ТОРГОВАЯ И ПРОЧАЯ ДЕБИТОРСКАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ

	<u>31.12.2017 г.</u>	<u>31.12.2016 г.</u>
Всего	382	942

ЗАПАСЫ

Оценка запасов произведена по фактической себестоимости. Переоценка запасов в отчетном периоде не произведена.

Предприятие не имеет ограничения в использовании запасов, запасы не заложены под обеспечения исполнения обязательств.

Раскрытие движение запасов

	<u>2017 год</u>	<u>2016 год</u>
Остатки запасов на начало отчетного периода	244 130	214 828
Остатки запасов на конец отчетного периода	259 071	244 130
Всего	307052	267859

ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА

	2017 год	2016 год
Первоначальная стоимость на конец предыдущего отчетного периода	5 007 644	4 981 132
Балансовая стоимость на конец отчетного периода	4 059 365	4 188 133

Основные средства в финансовой отчетности оценены по первоначальной стоимости за минусом износа.

Амортизация рассчитывается прямолинейным методом в течение всего срока полезного использования актива.

Наличие ограничений прав собственности на основные средства, а также основные средства, заложенные в качестве обеспечения исполнения обязательств – нет.

Предприятие не имеет ограничения в использовании основных средств, и они не заложены под обеспечения исполнения обязательств.

В течение отчетного года были приобретены основные средства и запасные части на медицинское оборудование на сумму 50 351 тыс тенге.

В отчетном периоде приобретение или списания нематериальных активов не было. Движение НА активов произведено только в части начисления амортизации в сумме 77,0 тыс.тенге.

4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

Наименование показателей	За отчетный период	За предыдущий период
Выручка	1 050 550	1 024 685
Себестоимость реализованных товаров и	(1 110 484)	(1 139 834)

услуг		
Валовая прибыль	(59 934)	(115 149)
Расходы по реализации		
Административные расходы	(66 044)	(46 360)
Прочие расходы	(546)	(3 281)
Прочие доходы	4 665	1 153
Общая совокупная прибыль	(121 858)	(158 688)

Общая сумма баланса по обязательствам и капиталу также снизилась на эту же сумму. Основной статьей снижения является увеличение убытка на сумму 121 858 тыс.тенге.

4.3. Отчет об изменениях в капитале

	31.12.2016 г.	Изменения, произошедшие в отчетном периоде	31.12.2017 г.
Уставный капитал	4 777 301		4 777 301
Резервы	26 112		26 112
Нераспределенный доход (непокрытый убыток)	(396 366)	(121 858)	-518 224
<i>Прибыль отчетного года</i>		<i>(121 858)</i>	
ИТОГО:	4 407 048	-121 858	4 285 190

4.4. Отчет о движении денежных средств

Поступление денежных средств, всего	1 087 768	1 058 573
Выбытие денежных средств, всего	1 007 290	1 019 843
Чистая сумма денежных средств	80 478	38 730
Выбытие денежных средств	50 351	40 631
Увеличение +/- уменьшение	30 127	(1 901)
Денежные средства и их эквиваленты на начало отчетного периода	6 694	8 595
Денежные средства на конец отчетного периода	36 821	6 694

Как видно из таблицы основной поток денежных средств идет от операционной деятельности. Чистая сумма притока денежных средств составляет 80 478 тыс.тенге. По инвестиционной деятельности произведена отток денежных средств на сумму 50 351 тыс.тенге.

Анализ финансового результата деятельности

Наименование показателей	За отчетный период	За предыдущий период	Отклонение в сумме	в процентах к предыдущему году
Выручка	1 050 550	1 024 685	25 865	102,52
Себестоимость реализованных товаров и услуг	(1 110 484)	(1 139 834)	29 350	97,43
Валовая прибыль	(59 934)	(115 149)	55 215	52,05
Административные расходы	(66 044)	(46 360)	(19 684)	142,46
Прочие расходы	(546)	(3 281)	2 735	16,63
Прочие доходы	4 665	1 153	3 512	404,56
Итого операционный (убыток)	(121 858)	(163 637)	41 779	74,47
Доходы по финансированию		4 949	(4 949)	0,00

Прибыль (убыток) до налогообложения	(121 858)	(158 688)	36 830	76,79
Расходы по КПН			-	
Чистый прибыль (Убыток)	(121 858)	(158 688)	36 830	76,79

Как показывает данные указанной выше таблицы предприятие в отчетном году допустило убыток в общей сумме 121 858 тыс.тенге. Однако необходимо отметить сумму допущенного убытка по сравнению с предыдущим отчетным периодом снизилась на сумму 36 830 тыс.тенге или на 23,21 процентов.

4.5. Оценка эффективности использования основных средств

Основные средства являются неотъемлемой частью любого предприятия и от повышения эффективности их использования зависят важные показатели деятельности предприятия, такие как финансовое положение, конкурентно способность на рынке. Проблема повышения эффективности использования основных средств и производственных мощностей предприятий занимает центральное место в рыночных отношениях. Эффективность использования основных фондов характеризуется натуральными и стоимостными показателями. *Стоимостные показатели* отражают в денежном выражении производственную отдачу основных фондов предприятий, отраслей экономики и являются обобщающими. Показатели предприятия для оценки эффективности использования основных средств за 2017 г. 2016г.

Среднегодовая стоимость основных средств

4 123 749 4 272 564

Показатели эффективности:

1. Фондоотдача	тенге	0,25	0,24
2. Фондоемкость	тенге	3,93	4,17
3. Фондворуженность	тенге	8,83	9,18

Показатели использования ОС

а) Коэффициент обновления	коэф.	0,012	0,009
б) Коэффициент выбытия	коэф.	0,009	0,003
в) Коэффициент износа	коэф.	0,04	0,05
г) Коэффициент годности	коэф.	0,81	0,84

4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

Привлечение дополнительных источников финансирования: Проведение работы по расширению оказания платных услуг. За отчетный год доходы от платных медицинских услуг составляют 23 229,6 тыс.тенге. Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 6,6% в сравнении с прошлым годом.

За 2017 год в Прейскурант цен на платные услуги включены И новая услуга. Доход в рамках договоров по субподряду на оказание услуг ГОБМП составил в сумме 9 931,0 тыс. тенге. На 208% (в 2,1 раза) от значения прошлого года превышают доходы от вознаграждения по депозитам (в 2016 году – 3 324,2 тыс.тенге, в 2017 году 6 908,1 тыс.тенге).

Ежеквартально проводится анализ тарифов КЗГ, результаты которого, в целях повышения доходности, озвучены и доведены на рабочем совещании по отчету зам гл врача по лечебной работе до заведующих клинических отделений

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1. 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 анкетировании за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 96% против 95% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой Организации по развитию госпитального сервиса.

Всего за 2017 г в Службу поступило 33 обращений против 35 в 2016 году Все обращения были рассмотрены на уровне главного врача, заместителей главного врача, врача эксперта с принятием конкретных решений. Обоснованность обращений составила 36% (12 обращений частично обоснованы)

Для изучения удовлетворенности пациентов качеством оказываемой помощи СВА проводится ежемесячно письменное, устное и телефонное анкетирование выписанных больных. В 2017 году проанализировано 1623 письменных и 339 телефонных анкетирований Благодарностей за 2017 год поступило 1475 против 1486.

5.2. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

Отмечается увеличение оборота койки на : с 33,3 в 2016 г. до 34,6 в 2017г., при плане 28,3 . При этом, количество поступивших больных увеличилось на 10%: с 5874 поступивших больных за 2016 г, до 6461 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 9%, что составило 6945 против 6360

5.3 Безопасность пациентов

В 2017 году стационар прошел процедуру аккредитации и получил первую категорию с выдачей свидетельства об аккредитации сроком на 3 года. В рамках подготовки к прохождению аккредитации были осуществлены следующие мероприятия:

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

внедрены 30 Стандартных операционных процедур для выполнения процессов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

пересмотрены 44 правил для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии со стандартами;

пересмотрены 36 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих стандартам аккредитации;

проведено 25 обучающих семинаров по выполнению Стандартных операционных процедур (СОПов)

проведен мастер класс для старших сестер клинических и параклинических подразделений по коммуникативным навыкам в медицинской среде.

В рамках выполнения дорожной карты по реализации приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года №450 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» утвержден план обучения по переподготовке врачей приемного отделения на специальность «Скорая и неотложная медицинская помощь» и по определению потребности в обучении сотрудников международному стандарту обучения.

В 2017 году все врачи (4-100%) пр покоя прошли обучение на семинар-тренинге по теме: «Тактика оказания неотложной помощи ребенку и взрослому пациенту» (BLS курс)

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.

Таблица - 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 неисполнен ия
1	2	3	4	5	6
Внешние риски					
Экономический кризис	Финансовую стабильность больницы	Снижение объема ГОБМП	1 Развитие платных услуг (АПП договорные услуги) 2 Экономия ком.услуг (энерг. сберег. лампы, счетчики на воду, тепло, закупы продуктов по тенд. ценам, планирование закупок ЛС и ИМН строго по протоколам лечения ч/з систему един. дистрибуции 3 Аутсорсинг немедицинских служб и пароклиник 4 Анализ расходования финн средств	Разработаны прейскуранты цен типовые договора план по платным услугам выполнен Закуп ЛС продуктов питания по тендерным ценам охраны Аутсорсинг охраны	
конкуренты	уровень оказания качественной мед помощи	Отток пациентов, кад	1 Внедрение новых мед услуг 2 Внедрение инновационных методов лечения, 3 Активная пропаганда в СМИ, на сайте свои услуги	Внедрение аппарата в неврологии поляризации Редизайн сайта выполнен медиа план	
Внутренние риски					
Отток кадров	уровень оказания качественной		1 материальное и моральное поощрение Диф	Выплата диф оплаты по разраб положению-	

	о мед помощи		оплата, премии, награжд. гос наградами, звания)	ежемесячно, премий, гос наград -1	
ВБИ	уровень оказания качественн мед помощи	Удлинение срока пребывания больного увеличен штраф санкций, дополнительные фин затраты	1 Соблюдение дез режима, СОП-ов и их актуализация, мероприятия по проф ВБИ согласно плана и программы комиссии по инф контролю	План мероприятий по ВБИ Ежемесячные обходы с отчетом Эпидемиолога	
Риск профессионально заражения и профессионал деятельности		Снижение качества лечения, Снижение уровня удовлетворенности персонала условиями труда	1 Снабжение защитной экипировкой и спец одеждой, 2 обучение правилам ТБ 3 обеспечение удобным рабочим местом 4 обучение приемам снижения утомляемости для профилактики получения травм	Разработана программа по больнице по управлению рисками	
Риски лечения	уровень оказания качественн о мед, помощи	Снижение уровня удовлетворенности пациентов условиями лечения	1 Выявления аллергии на лекарства, резистентност к антибиотикам, 3 идентификация пациента двумя различными методами во время раздачи и введения лекарств, при переливании крови и продуктов крови,	Плановая работа Службы СППиВА ежемесячные рейды	

За 2017 год случая ВБИ, профессионального заражения, рисков лечения не было

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной 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. Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации. В ноябре 2017 года был проведен анализ деятельности СППи ВА в ЛПУ Жамбылской области, работа СППиВА в нашей организации признана удовлетворительной, средний балл 3,0 (максимальный 3,0 б)

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

6.1. Эффективность HR-менеджмента

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

Для внедрения новых технологий в Организации ведется работа по организации и проведению мастер-классов ведущими специалистами. За отчетный период в Организации проведены 2 мастер-класса.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 83 медицинских работников Организации, в том числе в рамках 052 программы обучены 48 сотрудников, что составляет 32% от общего числа всех медицинских работников, из них врачи – 21, СМР – 60, АУП – 2 человек, прошли переподготовку- 2 врачей, врачи и средние медицинские работники приемного отделения прошли обучение по теме «Тактика оказания неотложной помощи ребенку и взрослому пациенту» (BLS) и по плану все старшие медицинские сестры прошли обучение на семинар-тренинге на тему «Коммуникативные навыки в медицинской среде»

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку на 12,0%. А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда, улучшения работы и развития системы управления персоналом. Уровень удовлетворенности персонала по анкетированию 2017 г. – 90% против 2016 г. – 80%;

Текущая текучесть кадров за отчетный год составляет 9,4% при плане «не более» 10%, из них уровень текучести врачей – 6,3% (план «не более» 10,0%), СМР – 5,2% (план – «не более» 10%), ММП – 11,6% (план – «не более» 10%), прочие- 12% (план – «не более» 10%).

Уволенные по собственному желанию, составило 39, из них врачи – 3, СМР – 11, ММП – 16, прочие – 9. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 39, из них по причинам увольнения: 10 сотрудников – выход на пенсию, 18 – переезд в другой город, 1 – переезд в зарубеж, 1- перевод на другую работу, 4 – поступление в колледж, 5- по семейным обстоятельствам

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 10 общебольничных конференций по сестринскому делу с изложением теоретического материала и практических навыков.

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

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 38 сотрудников Организации, что составляет 6,3% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 28, СМР – 4, АУП – 4, прочие – 2 человек.

6.2 Внедрение дифференцированной оплаты труда.

Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

Разработка и внедрение дифференцированной системы оплаты труда.

Решением ПДК (постоянно действующая комиссия) по оценке результатов деятельности Предприятия утверждено Положение об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда. Определен механизм распределения фонда оплаты труда по уровням сложности и срочности, за инициативу, творческую активность и другие достижения в работе. Решением ПДК утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты медицинским и немедицинским работникам.

Решением ПДК в Правилах расчета дифференцированной доплаты работникам Организации внесены изменения и дополнения, в частности, врачебному персоналу увеличены размеры оплаты участия, также внесены изменения и дополнения в повышающие и понижающие критерии оценки деятельности работников Организации.
Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

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», «Наурыз-мейрамы», «Дня медицинского работника», «Дня независимости», «Новый год».

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 Международного женского дня, Наурыз-мейрамы, Дня медицинского работника, «Дня независимости». За 2017г получили нагрудной знак Отличник здравоохранения – 1 врач, почетную грамоту 20, из них грамота МЗ РК – 2, грамота \Городского маслихата – 5, почетную грамоту партии Нур Отан – 1, управление здравоохранения – 8, от больницы -4, нагрудной знак Мейирим – 1.

Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле. За отчетный год оценка профессиональной деятельности сотрудников проведена с 05 по 23 декабря 2016 года (80% сотрудников).

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:

- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 498 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу 2017 году (проведено 63 сотрудникам)
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 3 сотрудников);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 1 объектовые тренировки).

Внешней сертифицированной компанией проведена аттестация 13 рабочих мест.

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2017 году не было.

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

Уровень использования коечного фонда за 2017 год составил 99,0% при плане 100%.

За 2017 год средняя длительность пребывания (СДП) пациентов в отделениях 10,0 дней в 2016 г. 10,0 в 2017 г. при плане 11,0 дней за 2017 г.

Отмечается увеличение оборота койки на 9%: с 32,1 в 2016 г. до 35 в 2017 г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 10%: с 5478 поступивших больных за 2016 г. до 5994 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 9%, что составляло 6945 против 6360 за 2016 г.

За 2017 год показателей летальности по больнице -0,3 как и в 2016г.

За 2017 г. Случаев внутрибольничной инфекции не отмечалось

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

С целью безопасности использования лекарственных средств и изделий медицинского назначения во всех подразделениях проводится:

1. Анализ индикаторов оценки ошибок при назначении и предоставлении лекарственных средств и их пороговое значение по ГДБ№1
2. Анализ мониторинга по безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов.

В ходе проведенного анализа выявилось, что при назначении и предоставлении лекарственных средств ошибки не допускаются, о чем свидетельствует отсутствие жалоб со стороны больных и ухаживающего персонала при проведении анкетирования.

Из анализ мониторинга по безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов следует, что при выполнении процедур несоответствия ЛС не допускалось, побочных реакций и использование дорогостоящих и неэкономичных ЛС не выявлялось.

Постоянно проводился контроль по хранению ЛС и ИМН за качеством и сроком годности – нарушений не было.

За 2017г. приобретение ЛС и ИМН проводился путем по протоколам тендера с одного источника ,ценовых предложений и от Единого дистриьютера СК Фармация .Лекарственное обеспечение в ГДБ№ 1 проводится согласно приказа Министра здравоохранения РК от 15.07.16г. №622 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра для лекарственного обеспечения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», от 22.05.2015 г №369 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан "Об утверждении Правил разработки и утверждения Казахстанского национального лекарственного формуляра".

Выработан необходимый объем и перечень лекарственных средств и ИМН по их терапевтическому применению, фармакологическому действию, химическому строению согласно протоколов лечения и преобладания нозологических единиц заболеваний (утвержденный лекарственный формуляр прилагается).

Заявки на лекарственные средства и имн . составлены в соответствии с предполагаемым количеством больных и скорректированы согласно пролеченных больных в стационаре за прошедший период, а также согласно с нозологией заболеваний. Заявки формируются по требованию

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

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

Стратегическое направление 1 (финансы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Доход на 1 койку*	(млн. тенге)	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	27,7	33,7	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 7,4%	9,9%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	0,4%	0,01%	Не достиг

Стратегическое направление 2 (пациенты)

Индикаторы

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Удовлетворенность пациентов*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	95%	96,7%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	Стат.данные	Стат.отдел	не более 1,6%	0,8%	Достиг
3	Доля пациентов, пролеченных по ВСМП*	%	Стат.данные	Стат.отдел	не менее 45%	43 %	Не достиг

Стратегическое направление 3 (мотивация и развитие персонала)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Количество обученных сотрудников международным стандартам GCP*	Кол-во	Отчет от HR-службы	HR-служба	3	3	Достиг
2	Текущая кадров*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не более 9%	8,5%	Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не менее 70%	85%	Достиг

Стратегическое направление 4 (операционные процессы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания)*	Случаи	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	Отсутствие	0	Достиг
2	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре*	Дни	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	не более 12,1 дней	11,5	Достиг
3	Оборот койки*	Кол-во	Стат.данные	Заместитель главного врача	не менее 26,9 раза	26,8	Не достиг

***-пример**