**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 эффективностиHR-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**

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

История больницы начинается с 1955 года как городской детской инфекционной больницы. С этого периода по 1996г. больница располагалась в старых барачных зданиях. С 1996 года по 2016 год больница функционировала в нетиповом, приспособленном здании бывшего детского сада. Со 2 декабря 2016 года больница была полностью переведена в новое типовое здание, рассчитанное на 180 коек. Данное здание состоит из семи лечебных блоков, хозяйственных блоков (пищеблок, дезкамера, прачечная, котельная, канализационная). Общая площадь прилагаемей территории составляет 3,5 га, общая площадь здания – 14,314 кв.м.

Для эффективного использования коечного фонда больницы на основании приказа Управления здравоохранения Атырауской области №475/1 от 21.07.2017г. и приказа директора больницы №370-н от 01.08.2017г. 60 коек инфекционного профиля перепрофилированы для лечения соматических заболеваний в койки терапевтического и хирургического профилей. С 01.08.2017г. в больнице функционируют следующие клинические отделения:

1. отделение острой респираторно-вирусной инфекции на 70 коек, из них 10 коек дневного стационара;
2. отделение острой кишечной инфекции на 50 коек, из них 10 коек дневного стационара;
3. отделение общей терапии на 20 коек для пациентов кардиологического, эндокринологического и неврологического профилей;
4. отделение общей хирургии на 20 коек для оказания стационарной медицинской помощи пациентам хирургического, травматологического, урологического и отоларингологического профилей;
5. отделение дневного стационара на 10 койко-мест для оказания стационарной медицинской помощи пациентам терапевтического и хирургического профилей;
6. отделение гепатологического центра на 10 койко-мест дневного пребывания для оказания консультативно-диагностической и стационарозамещающей медицинской помощи, а также для регистрирует данных скрининга населения области на заболевания печени в организациях ПМСП.

На основании постановления Акимата Атырауской области №300 от 10.11.2017г. «Об изменении наименования КГП на ПХВ Атырауская областная инфекционная больница» изменен статус больницы на КГП на ПХВ «Атырауская областная больница №2».

**Миссия:** оказание качественной и доступной медицинской помощи.

**Видение:**  КГП на ПХВ «Атырауская областная больница №2» занимает лидирующие позиции в области медицинских услуг.

**2017 год в цифрах**

* *Количество пролеченных пациентов:* ***8182***
* *Количество проведенных операций:* ***120***
* *Уровень внутрибольничных инфекций (ВБИ) :* ***в 2016 году. - 0%; в 2017 году - 0%***
* *Уровень использования коечного фонда:****100%***
* *Пролечено 29*  ***иностранных*** *пациентов*
* *Всего на конец 2017 года количество* ***сотрудников – 272****, из которых:* 
  + *Медицинский персонал – 208 (35 врачей, 106 СМП, 67 ММП)*
  + *Административно-управленческий персонал – 20, прочие – 42*
* *Снижение текучести персонала с 5,0% в 2016 году* ***до 1,8% в 2017 году***
* *Выручка от оказания услуг: 630088,7тыс.тенге****.***

**1.2 Стратегия развития (стратегические цели)**

*Организация работает по 3 стратегическим направлениям:*

*1.Совершенствование управления и финансирования*

*Цель 1: Изменение статуса больницы с КГП на ПХВ «Атырауская областная инфекционная больница» на КГП на ПХВ «Атырауская  многопрофильная больница №2».*

*Цель 2: Открытие отделений общей терапии и общей хирургии с перепрофилированием 60 коек стационара.*

*Цель 3: Открытие гепатологического центра с 10 дневными койками (для оказания консультативно-диагностических, и страционарозамещающих услуг, а также регистрации данных скрининга населения области на заболевания печени в организациях ПМСП.*

*Цель 4: Открытие вирусологической лаборатории для оказания диагностических услуг населению области*

*Цель 5: Открытие противогельминтного кабинета (для оказания консультативно-диагностических услуг населению области)*

*Цель 6: Открытия в КДО кабинетов ФГДС, Компьютерной томографии и приема профильных специалистов (эндокринолог, кардиолог, невропатолог, инфекционист, хирург, отоларинголог, травматолог, гинеколог, уролог).*

*Цель 7: Открытие центра телемедицины.*

*Цель 8: Открытие хозрасчетного отделения и дневного стационара.*

*Цель 9: Открытие при больнице реабилитационного центра для взрослых и детей*

*Цель 10: Переход на государственно-частное партнерство*

*Цель 11: Подключение промышленного оборудования пищеблока к газификации,*

*Цель 12: Выплата с дифференцировой заработной платой (премией)*

*2.   Повышение конкурентоспособности*

*Цель 1: Прохождение процедуры аккредитации (подготовка документации)*

*Цель 2: Контроль уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг – проведение анкетирования, разбор обоснованных жалоб, зарегистрированных в ККМУ)*

*Цель 3:* Лекарственное обеспечение пациентов в рамках ГОБМП в соответствии с протоколами *(подача заявок на и приобретение ЛС через портал государственной закупки)*

*Цель 4: Контроль за снижением материнской смертности*

*Цель5: Контроль за снижением младенческой смерти ( показатель летальности детей до 1 года)*

*3. Обеспечение организации высококвалифицированными кадрами. Обучение и развитие персонала.*

*Цель1:Повышение квалификации врачей и средних медицинских работников*

*Цель 2: Переподготовка врачей*

*Цель 3: Квалификационная категория врачей и средних медицинских работников*

*Цель 4: Повышение квалификации административных персоналов (экономистов, бухгалтеров, кадровиков, менеджеров гос. закупкам)*

**РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

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

*Приказом Управления здравоохранения Атырауской области №16 от 09.01.2018 г. сформирован Наблюдательный совет в следующем составе:*

*Председатель - Құлбсасов Мұрат Мағзомұлы - директор Атырауской областной больницы №2*

*Члены Наблюдательный совета:*

*- Абдолов Амангелді Аманиязұлы*

*- Уайсов Ерболат Инаматұлы*

*- Юн Павел Юрьевич*

*- Аубекеров Рруслан Асылбекұлы*

*- Жубанов Адиль Орынбасарұлы*

*-Сиджанов Махжан Жолдасұлы*

*-Рзиев Сәбит Асқарұлы*

*Секретарь: Курмангалиева Жанар – начальник отдела кадров*

*Атырауской областной больницы №2*

**2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита**

*Для обеспечения высокого качества медицинских услуг в больнице создана служба поддержки пациентов**и внутреннего аудита****,****которая является структурным подразделением больницы, осуществляющее деятельность по управлению качеством медицинских услуг. Приказом главного врача утверждена структура и состав службы, в состав которой входят следующие специалисты: врач-эксперт, врач эпидемиолог, медицинская сестра по внутреннему аудиту, специалист по мониторингу СМИ. Деятельность Службы поддержки пациента и внутреннего контроля регламентируется Положением, утвержденным главным врачом.*

*Руководитель СВА – Нуфтиев Ислам Нуфтиевич - врач-эксперт*

*Основными направлениями работы СВА являются:*

* *анализ отчетов по работе клинических подразделений;*
* *анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;*
* *аттестация отделений, сотрудников на соответствие должности по оказанию экстренной помощи;*

*работа с постоянно действующими комиссиями;*

* *подготовка к проведению аккредитации; постоянный мониторинг и анализ устных и письменных жалоб пациентов и их родственников;*
* *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 все 4 индикатора достигнуты.*

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2017 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт за**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом* | *20%* | *35%* | *28%* | *Достиг* |
| ***2*** | *Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5* | *не менее 1,5* | *1,7* | *1,5* | *Достиг* |
| ***3*** | *Текучесть кадров* | *не более 9%* | *8,5%* | *7,9%* | *Достиг* |
| ***4*** | *Уровень удовлетворенности персонала* | *не менее 70%* | *87%* | *78%* | *Достиг* |

*Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности*

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели все 4 индикатора достигнуты.*

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2017 год\*** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт за**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Доход на 1 койку (млн. тенге)* | *2,7 млн. тг.* | *3,5 млн. тг.* | *2,4 млн. тг.* | *Достиг* |
| ***2*** | *Амортизационный коэффициент* | *9,7%* | *9,7%* | *52,9%* | *Достиг* |
| ***3*** | *Рентабельность активов (ROA)* | *Не менее 2,5%* | *4,7%* | *4,6%* | *Достиг* |
| *4* | *Доля доходов от платных услуг* | *не менее 7,4%* | *9,04%* | *9,6%* | *Достиг* |

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

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели все 8 индикаторов достигнуты.*

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2017 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт за**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Удовлетворенность пациентов* | *95%* | *100%* | *96%* | *Достиг* |
| ***2*** | *Показатели ВБИ* | *не более 4%* | *0%* | *0%* | *Достиг* |
| ***3*** | *Уровень послеоперационной летальности пациентов* | *не более 1,6%* | *0%* | *-* | *Достиг* |
| ***4*** | *Общая летальность* | *не более 0,9%* | *0,1%* | *0,2%* | *Достиг* |
| ***5*** | *Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения* | *0* | *0* | *0* | *Достиг* |
| ***6*** | *Уровень послеоперационных осложнений* | *не более 3%* | *0%* | *-* | *Достиг* |
| ***7*** | *Доля иногородних*  *пациентов* | *2,0%* | *2,0%* | *1,9%* | *Достиг* |
| ***8*** | *Время ожидания госпитализации в стационар* | *не более 14 дней* | *Плановая госпитализация*  *1-2 дня*  *Экстренная госпитализация*  *0 дней* | *Экстренная госпитализация 0 дней* | *Достиг* |

*Цель 4: Эффективный больничный менеджмент*

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуты – 2 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 39,3 раз* | *58,5 раз* | *43,0 раз* | *Достиг* |
| ***3*** | *Средняя занятость койки* | *100%* | *96,1%* | *70,6%* | *Не достиг* |
| ***4*** | *Средняя длительность пребывания пациента в стационаре* | *не менее 7 дней* | *4,8 дней* | *4,2 дней* | *Не достиг* |
| ***5*** | *Средняя длительность дооперационного пребывания* | *Плановая операция - 1 день*  *Экстренная операция -0* | *0-1 день* | *-* | *Достиг* |

Причины не достижения:

*Показатели средней занятость койки и средней длительность пребывания пациента в стационаре в 2017 году не достигли планируемого уровня в связи с тем, 58,5% пациентов отделений инфекционного профиля после улучшения состояния отказываются от дальнейшего лечения в стационаре (оставляют расписку от отказе от лечения). Средняя длительность пребывания таких пациентов в стационаре составила 3,0.*

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

*Медико-экономические показатели организации за последние 3 года:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **Факт за**  **2015 год** | **Факт за**  **2016 год** | **Факт**  **2017 год** |
| *1* | *Удовлетворенность пациентов* | *76%* | *89%* | *100%* |
| *2* | *Удовлетворенность работников* | *70%* | *72%* | *75%* |
| *3* | *Доходы за отчетный период составляют* | *286600,0 тыс.тенге* | *440500,5 тыс.тенге* | *630088,7тыс.тенге* |
| *4* | *Расходы всего за отчетный период составляют* | *323916,7тыс.тенге* | *487376,6*  *тыс.тенге* | *692688,5 тыс.тенге* |
| *5* | *Доходы от платных медицинских услуг* | *37316,7 тыс.тенге* | *46876,1 тыс.тенге* | *62599,8 тыс.тенге* |
| *6* | *Количество пролеченных пациентов* | *4998* | *6592* | *8221* |
| *7* | *Летальность* | *0,1%* | *0,2%* | *0,1%* |

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

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

*Повышение эффективности финансового менеджмента, в том числе совершенствование тарифов на возмещение затрат за оказание медицинских услуг по ГОБМП:*

*Мероприятие 1. Использование амортизационных фондов.*

*Согласно бюджета в 2017 году за счет средств амортизационного фонда предусмотрено 601 888,3 тыс. тенге на приобретение основных средств. Из них в отчетном году приобретено на сумму 601 888,тыс. тенге*

**4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе**

*Увеличение доходов от платных медицинских услуг:*

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

*За 2017 год в Прейскурант цен на платные услуги включены 90 новые услуги.*

*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 62 599,8 тыс.тенге (в 2016 году – 46 876,1тыс.тенге)*

**4.3. Оценка эффективности использования основных средств**

*За отчетный год доходы от платных медицинских услуг в сумме на 62599,8 тыс. тенге (план 100 000,0 тыс.тенге,) а 74,8% в сравнении с прошлым годом и на 62,6% в сравнении с планом.*

**4.4. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода**

*Привлечение дополнительных источников финансирования:*

*Мероприятие 1. Оказание коммерческих образовательных услуг.*

*Атырауской областной больницей №2 за 2017 год оказаны коммерческие образовательные услуги (повышение квалификации, переподготовка, стажировка на рабочем месте) на сумму 1513 ,3 тыс. тенге (в 2016 году – 982,7тыс.*

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

**5.1 Привлечение (прикрепление)пациентов**

*За 2017 год в Атырауской областной больнице №2 было пролечено 8221 пациента в рамках ГОБМП + на платной основе), что на 19,8% больше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2016 г. – 6592, за 2015 г. – 4998, за 2014 г. – 5825 пациентов).*

*Работа стационарных коек в целом по Атырауской областной больнице №2 в 2017 году составила 264,3 дней работы (при плане работы койки больницы на 2017 год – 275,0).*

*Доля иногородних пациентов из регионов в 2017 году составила 2,0% против 1,9% в 2016 году. Наибольший удельный вес среди пациентов составили жители Астаны – 10,1%, Южно-Казахстанской – 8,1%, Западно-Казахстанской – 18,2%, Мангистауской – 28,4%, Актюбинской – 10,1%, Кызылординской – 5,4%, Жамбылской, Карагандинской и Северо-Казахстанской областей – по 2,0%.*

*Организационно-методическая работа*

*По линии «Санитарной авиации» было осуществлено 10 вылетов в районы Атырауской области к 10 пациентам.*

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

*С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов в Атырауской областной больнице №2 ежемесячно проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетировании за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 100% против 96% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой по развитию госпитального сервиса.а также с тем, что 2 декабря 2016 года больница была полностью переведена в новое типовое здание, рассчитанное на 180 коек.. 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 100%.*

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

*В Атырауской областной больнице №2 отмечается увеличение оборота койки на 26,5%: с 43,0 в 2016 г. до 58,5 в 2017г., при плане 39,3 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 10,9%: с 7373 поступивших больных за 2016 г, до 8273 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 19,8%, что составило 8221 против 6592 за 2016 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 29 индикаторов качества и 24 приоритетных работ для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;*

*пересмотрены 44 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**

*В Атырауской областной больнице №2 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 устранению риска | Запланированные мероприятия по управлению рисками | Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками | Причина неисполнения |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| ***Внешние риски*** | | | | | |
| *Изменение нормативной базы(перевод на платную основу)* | *Доброволь-ность аккредитации* | *Непрохождение аккредитации* | *Выделение дополнительных средств на прохожде-ние аккредитации как весомый компонент конкурентноспособности* | *Выделение дополнительных средств на прохожде-ние аккредитации как весомый компонент конкурентноспособности* | *Несоответ-ствие стандартам аккредитации* |
| *Могут произойти изменения по разным причинам( переход на новую модель-страховая медицина) изменение протоколов, изменение в кадровом составе.* | *Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи* | *Неудовлетворенность пациентов качеством медицинскойк помощи, жалобы в ККМУ* | *Постоянное обучение врачей и СМП как профессионально , так и алгоритмам сервиса, разъяснительная работа с населением по проводимым реформам в здравоохранении (мед.страховании)* | *Постоянное обучение врачей и СМП как профессионально , так и алгоритмам сервиса, разъяснительная работа с населением по проводимым реформам в здравоохранении(мед.страховании)* | *Низкое качество работы врачей и СМР* |
| ***Внутренние риски*** | | | | | |
| *Обоснованные жалобы* | *Отсутствие обоснованныхжалоб* | *Неудовлетворенность пациентов качеством медицинскойк помощи, жалобы в ККМУ* | *Работа с персоналом, внутреннее обучение вопросам поведения в конфликте, способы разрешения жалоб. Алгоритм предупреждения жалоб. Предупреждающие и корректирующие действия. Совершенствование системы мотивации персонала.* | *Работа с персоналом, внутреннее обучение вопросам поведения в конфликте, способы разрешения жалоб. Алгоритм предупреждения жалоб. Предупреждающие и корректирующие действия. Совершенствование системы мотивации персонала.* | *Недостаточная профилактическая работа по  возникновению жалоб* |
| *Возможно увеличение  или в том же объеме* | *Уровень потребления стационарной помощи в рамках госзаказа* | *Невыполнение или перевыполнение плана гос.заказа* | *Корректировка плана, разворачивание дополнительных коек* | *Корректировка плана, разворачивание дополнительных коек* | *Ошибки при составлении плана гос.заказа* |
| *Возможно недостаточно средств на приобретение медицинской техники, оборудования* | *Выделение средства на приобретение медицинской техники, оборудования* | *Невыполнение запланированного объема приобретения медицинской техники, оборудования* | *100% использование имеющихся ресурсов, поиски альтернативных методов  эффективного лечения, обследования  (договора с организацией на предоставление*  *услуг по  планируемому направлению)* | *100% использование имеющихся ресурсов, поиски альтернативных методов  эффективного лечения, обследования  (договора с организацией на предоставление*  *услуг по  планируемому направлению)* | *Ошибки при составлении бюджета* |
| *Понижение категорированности*  *за счет притока молодых специалис-тов и отсутствия мотивации на усовершенствование у персонала пенсионного возраста* | *Повышение кадрового потенциала* | *Понижение категорированности медицинского персонала* | *Приоритет на привлечение молодых специалистов, внеплановое обучение, перспектива получения категории в ближайшее время, а также преимущество при  трудоустройстве лицами, имеющими  опыт и категорию.* | *Приоритет на привлечение молодых специалистов, внеплановое обучение, перспектива получения категории в ближайшее время, а также преимущество при  трудоустройстве лицами, имеющими  опыт и категорию.* | *Невыпол-нение контроля над катего-рирован-ностью медицин-ского персонала* |
| *Изменения колебания*  *показателя* | *Снижение показателя летальности детей*  *до 1 года* | *Допущение случаев летальности детей до 1 года* | *Недопущение случаев летальности от управляемых причин, контроль за осуществлением  программы по педиатрии, тщательный подбор педиатрических кадров, акцент на профилактику* | *Недопущение случаев летальности от управляемых причин, контроль за осуществлением  программы по педиатрии, тщательный подбор педиатрических кадров, акцент на профилактику* | *Низкая квалифи-кация медицин-ского персонала* |
| *Возникновение неблагоприятных*  *ситуаций, ЧС* | *Безопасность пациентов* | *Возникновение неблагоприятных*  *ситуаций, ЧС* | *Контроль за работой систем оповещения, за исправностью работы систем видеонаблюдения, обучение всего персонала по действиям при ЧС* | *Контроль за работой систем оповещения, за исправностью работы систем видеонаблюдения, обучение всего персонала по действиям при ЧС* | *Низкое качество работы по ЧС* |
| *Возможность возникновения*  *случаев ВБИ* | *Внутрибольничные инфекции* | *Возникновение*  *случаев ВБИ* | *Программа инфекционного контроля, работа КИК( кожно-инфекционного контроля), обучение персонала.* | *Программа инфекционного контроля, работа КИК( кожно-инфекционного контроля), обучение персонала.* | *Низкое качество работы по эпидемиолога* |

*За 2017 год инцидентов связанных с организационными процессами, с хозяйственными вопросами, с оборудованием и ИМН, с хирургическими событиями, с охраной и безопасностью, с конфликтными ситуациями и с медикаментами не зарегистрировано.*

*Службой внутреннего аудита 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.*

*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 специалистов:*

*За отчетный период в рамках 003 бюджетная программа «переподготовка и повышение квалификация специалистов» за счет собственных средств в Организации обучен 4 специалистов (административных персонал: экономист, бухгалтеров, кадровики).*

*В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 54 сотрудников Организации, что составляет 17% от общего числа всех сотрудников, из них врачи –17, СМР – 33, АУП – 4;*

*За отчетный период составляет квалификационные категории врачей -19, из них высшая категория –12, первая категория – 5, вторая категория – 2;*

*За отчетный период уровень удовлетворенности персонала 2016 г. –70 %; 2017 г. – 75%). Текучесть кадров за отчетный год составляет 5 %*

*15-19 мая 2017 года проведено выездной семинар с участием специалистов Атырауской области и заведующей кафедры инфекционной болезни, доцентом Карагандинского государсвенного медицинского университета А.А.Ким.*

*10-11 ноября 2017 года проведено выездной семинар с участием специалистов Атырауской области и заведующей кафедры детской инфекционной болезни, профессором Астана медицинский университета Д.А.Баешовой и заведующей кафедры ренимации, анестезиологии и экстренной медицинской помощи профессором Н.А.Малтабаровой на тему «Актуальные вопросы неотложных состояний при инфекционных заболеваниях у взрослых и детей»*

*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.*

*За отчетный период составляет квалификационные категории медицинских сестер -52, из них высшая категория –39, первая категория – 9, вторая категория – 4;*

*За отчетный период проведено общебольничных конференций для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.*

*Во всех конференциях принимали участие специалисты сестринского дела клиническихи стационарных отделений.*

**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 3 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Дня медицинского работника», «Дня независимости».*

*Проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами Организации в честь празднования Международного женского дня, Наурыз-мейрамы, Дня медицинского работника.*

*Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 46, из них АУП –1, врачи – 2, СМР – 6, ММП – 17, прочие (в т.ч. хоз.персонал – 20).*

**6.4 Управление рисками**

*Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.*

*За отчетный период отделом ГО, ЧС, ПБ, ОТ, ТБ Организации проведена работа по:*

* *обучению сотрудиков больницы безопасности и охраны труда;*
* *проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда;*
* *проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 6 сотрудникам);*
* *организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 285 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);*

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

**РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

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

*В рамках подготовки к прохождению аккредитацииосуществлены следующие мероприятия:*

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

*- внедрены 29 индикаторы качества и 24 приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;*

*- пересмотрены 44 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 56 клинических протоколов диагностики и лечения нейрохирургических пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;*

*пересмотрены 16 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;*

*- в области анестезиологии и реанимации утверждено «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.*

*По оценке отдела менеджмента качества и безопасности пациентов, уровень соблюдения стандартов аккредитации в Атырауской областной больнице №2 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 рост средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 4,2 дней в 2016 г. до 4,8 в 2017 г. при плане 7 дней за 2017 г.*

*Отмечается увеличение оборота койки оборота койки на 26,5%: с 43,0 в 2016 г. до 58,5 в 2017г., при плане 39,3 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 10,9%: с 7373 поступивших больных за 2016 г, до 8273 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 19,8%, что составило 8221 против 6592 за 2016 г.*

*За 2017 год наблюдается снижение показателей госпитальной летальности с 0,2 в 2016г. до 0,1 в 2017 г. Случаев послеоперационной летальности в 2017 г. не зарегистрировано.*

*За 2017 г. Случаев внутрибольничной инфекции не зарегистрировано*

**7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.**

*В Атырауской областной больнице №2 в области лекарственной безопасности руководствуются нормативно-правовыми актами и документами утвержденными Постановлениями Правительства Республики Казахстан и Приказами Министерства здравоохранения Республики Казахстан.*

**Приложение 1**

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

**Стратегическое направление 1 (финансы)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование индикатора** | **Ед. изме-рения** | **Источник информации** | **Ответ-ственные** | **План на отчет-ный год** | **Факт отчетно-го года**  **(1-й год)** | **Сведения о достиже-нии (достиг/не достиг)** |
| ***1*** | *Доход на 1 койку (млн. тенге)* | *млн.тг.* | *Финансовая отчетность* | *Главный бухгалтер* | *2,7 млн. тг.* | *3,5 млн. тг.* | *Достиг* |
| ***2*** | *Амортизационный коэффициент* | *%* | *Финансовая отчетность* | *Главный бухгалтер* | *9,7%* | *9,7%* | *Достиг* |
| ***3*** | *Рентабельность активов (ROA)* | *%* | *Финансовая отчетность* | *Главный бухгалтер* | *Не менее 2,5%* | *4,7%* | *Достиг* |
| *4* | *Доля доходов от платных услуг* | *%* | *Финансовая отчетность* | *Главный бухгалтер* | *не менее 7,4%* | *9,04%* | *Достиг* |

**Стратегическое направление 2 (пациенты)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование индикатора** | **Ед. изме-рения** | **Источник информации** | **Ответ-ственные** | **План на отчет-ный год** | **Факт отчетно-го года**  **(1-й год)** | **Сведения о достиже-нии (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *1* | *Удовлетворенность пациентов\** | *%* | *Отчет от HR-службы* | *HR-служба* | *95%* | *100%* | *Достиг* |
| *2* | *Уровень послеоперационной летальности пациентов\** | *%* | *Стат.данные* | *Стат.*  *отдел* | *не более 1,6%* | *0%* | *Достиг* |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование индикатора** | **Ед. изме-рения** | **Источник информации** | **Ответ-ственные** | **План на отчет-ный год** | **Факт отчетно-го года**  **(1-й год)** | **Сведения о достиже-нии (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *2* | *Текучесть 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%* | *87%* | *Достиг* |

**Стратегическое направление 4 (операционные процессы)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование индикатора** | **Ед. изме-рения** | **Источник информации** | **Ответ-ственные** | **План на отчет-ный год** | **Факт отчетно-го года**  **(1-й год)** | **Сведения о достиже-нии (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 менее 7 дней* | *4,8* | *Достиг* |
| *3* | *Оборот койки\** | *Кол-во* | *Стат.данные* | *Заместитель главного врача* | *не менее 39,3 раза* | *58,5* | *Не достиг* |