***Годовой отчет о деятельности***

***для опубликования на сайте***

***Утверждено \_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Годовой отчет о деятельности организации здравоохранения для опубликования на сайте**

\_\_\_ГП на ПХВ ОПЦ№2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

**за \_2022\_\_\_\_год**

**Туркестанская область**

**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. Оценка эффективности использования основных средств

**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.

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

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

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

Областной перинатальный центр №2 Туркестанской области является крупным Центром по реализации политики государства в области охраны репродуктивного здоровья населения, определению, координации и внедрению перспективных методик, повышению профессионального образования, который оснащен уникальным медицинским оборудованием последнего поколения, где работают высокопрофессиональные специалисты.

**Миссия**

**Улучшение здоровья населения путем предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в перинатологии.**

Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан одним из приоритетов определяет улучшение медико-демографической ситуации, которая неразрывно связана с охраной здоровья матери и ребенка. В настоящее время реализуются отраслевые программы по снижению материнской и младенческой смертности, проведены мероприятия по укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения.

Основным направлением акушерско - гинекологической службы перинатального центра является оказание специализированной помощи 3 уровня перинатальной помощи по Туркестанской области, которое направлено на прогнозирование акушерских и перинатальных осложнений при беременности высокого риска; перинатальных потерь в аспекте репродуктивного здоровья; на совершенствование современной профилактической и терапевтической технологии при патологии беременности, при риске для будущего ребенка; на охрану репродуктивного здоровья в возрастном ракурсе; на изучение репродуктивного поведения и здоровья женщины; анестезиологического обеспечения акушерских и гинекологических операций.

**Видение**

Стать современным перинатальным центром - передовой моделью здравоохранения в Южном Казахстане, оказывающим медицинскую помощь женщинам фертильного возраста на основе синергии клинической, доказательной практики эффективно функционирующей в конкурентной среде.

Индикатором развития отрасли здравоохранения, уровня охраны здоровья матери и ребенка, качества лечебно - профилактической помощи являются показатели материнской и перинатальной смертности. Поэтому основной акцент деятельности акушерско - гинекологической службы - как одного из разделов общей системы национального здравоохранения - направлен на развитие кадровых ресурсов, на системный мониторинг индикаторов качества, совершенствование и внедрение высокоэффективных технологий, разработку и реализацию научно – обоснованной концепции оздоровления женщины - матери, начиная со здорового начала жизни и формирование здоровой нации.

**Ценности и этические принципы:**

**1.Профессионализм и повышение качества услуг**

**2.Креативность и вовлечение сотрудников в эффективную деятельность**

**3.Пациентоориентированность**

**1. Профессионализм и непрерывное повышение качества услуг на основе:**

* неукоснительного выполнения законодательных и иных, относящихся к деятельности предприятия, нормативных требований;
* использования передового оборудования, внедрения новых эффективных методов лечения;
* участие в разработке стандартов в области акушерства, гинекологии и перинатологии ;
* высокого уровня компетентности, постоянного повышения профессионализма персонала и понимания каждым сотрудником своей персональной ответственности за качество предоставляемых услуг.

**2.Креативность и вовлечение сотрудников в эффективную деятельность предприятия:**

* подготовка высококвалифицированных кадров;
* создание комфортных условий труда и социально-психологического климата в коллективе, способствующего развитию персонала, проявлению его инициативы и творческого потенциала;
* формирование и распространение культуры лидерства, взаимной поддержки,
* поощрение инициативы персонала в области улучшений во всех аспектах деятельности предприятия;
* формирование сплоченного коллектива профессионалов, способных эффективно работать в команде.

**3. Пациентоориентированность, повышение показателей восприятия предприятия потребителями услуг на основе:**

* систематического изучения запросов и ожиданий пациентов, стремления превзойти эти ожидания;
* обеспечения высокой культуры общения с пациентами;
* быстрого реагирования на запросы пациентов и минимизации неудобств;
* предоставления пациентам открытой, понятной информации о лечении;
* обеспечения обстановки, способствующей формированию у пациентов ощущения безопасности, уверенности и удовлетворения;
* гарантии потребителю услуг;
* уважения его человеческого достоинства;
* использования одобренных медицинским сообществом и имеющим высокую степень доказательности процедур, обеспечивающих минимизацию вероятности осложнений и неблагоприятных побочных эффектов.

**2022 год в цифрах**

* Количество пролеченных пациентов: **9167+115**платных пациентов
* Количество родов :5428
* Количество проведенных операций: кесарево сечение-1778, в том числе полостных операций 41; оперативная активность 48,8%.
* Доля внедренных международных стандартов: **95%**
* Внутрибольничных инфекций ВБИ  **в 2022г 0- 0%**
* Уровень использования коечного фонда: **100% .**

Всего на конец 2021 года количество **сотрудников – 386**, из которых:

* + Медицинский персонал – 347 (66 врачей, 202 СМП, 79 ММП)
  + Административно-управленческий персонал, прочие – 39.
* Текучесть персонала 9,1% в 2019 году;5,9 % в 2020 году; 10,12 % в 2021году;14,5% в 2022году
* Выручка от оказания услуг: **2741395000,9 тыс. тенге, прибыль за год: 14181000,3 тыс. тг**

**1.2 Стратегия развития (стратегические цели)**

Организация работает по 4 стратегическим направлениям:

**1**. Улучшение доступности качественных медицинских услуг

Цель 1: Создание пациенториентированной системы оказания медицинской помощи.

Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.

**2**. Повышение эффективности системы здравоохранения

Цель: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг в Казахстане.

**3**. Развитие кадрового потенциала в сфере здравоохранения

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных к медицинской деятельности по международным стандартам.

Цель 2: Научно-инновационная деятельность, конкурентоспособность.

**4**. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

Цель 2: Обеспечение трансферта технологий в систему здравоохранения Республики Казахстан.

**РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

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

Приказом Управления Управления Общественного Здоровья Туркестанской области №414 н/к от 09.12.2022г избран наблюдательный Совет в следующем составе:

Председатель наблюдательного Совета –Досалы Асылбек Кунанбайулы -Заместитель главного редактора общественно-политической газеты «Рейтинг»

член наблюдательного Совета - Кожахметова Эльмира Агабековна руководитель ОПЦ№2.

член наблюдательного Совета –Джабагиева Салтанат Усадуллаевна заместитель руководителя

член наблюдательного Совета - Мендыбаева Гульжан Мейрамкуловна специалист отдела магистратуры и докторантуры Казахского национальног Университета им Аль Фараби

член наблюдательного Совета –Асекенова Клара Байдуллаевна главный бухгалтер реабилитационного центра «Мейирим»

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

Служба внутреннего аудита (СВА) - структурное подразделение перинатального центра, 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.

Служба внутреннего аудита работает согласно приказу МЗ РК №230 от 03.12.20г. измен. от 16.11.21г №115 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»

Руководитель СВА – Мамбетова М.Е.

Основными направлениями работы СВА являются:

* Службой внутреннего аудита проводится анализ отчетов по работе клинических подразделений, анализ индикаторов структуры 1 раз в квартал, процесса и результатов.
* 27 декабря 2017 года Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК пересмотрены 15 протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии. В связи с чем, проведен ряд семинарских занятий, с целью ознакомить медицинских работников с протоколами.

В каждом отделении имеются ящики для жалоб и предложений пациентов. Созданной комиссией со службой внутреннего аудита ящики для жалоб и предложений открываются 1раз в месяц, если в ящике имеются какие-то жалобы и предложения, регистрируются и принимаются меры. За 2022 год изъято 9 отзывов, все положительные . За 2022 год было 2 звонка в CALL- центр. в Службу поддержки – 4 обращения. Все обращения из ящика жалоб и предложений – благодарственные, остальные обращения разобраны «на месте», обратившиеся удовлетворены. Одно обращение по поводу лечения ,второе по поводу приема пациента. После разъяснения претензии отклонены.

* Служба внутреннего аудита тесно работает с «CALL-центром», который принимает жалобы и предложения от пациентов по ТО. Если жалоба и предложения поступают в письменном виде в «CALL-центр», служба внутреннего аудита принимает меры для решения вопросов. В 2022 году в «CALL-центр» было 2 звонка.
* Служба внутреннего аудита проверяет выписанные истории беременных и послеродовых пациентов, т.е. 15% закрытых случаев.
* При выявлении недостатков в ведении документации в части несоответствия приказу № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения», к медицинскому персоналу применяются административные меры наказания СВА.
* Служба внутреннего аудита контролирует правильность применения клинических протоколов МЗ РК.
* 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 профессиональной деятельности по современным и международным стандартам

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 достигнуты 4 индикатора, не достигнуты 2 .

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2022 год** | **Факт за**  **2022 год** | **Факт за**  **2021 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Количество привлеченных ключевых специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера | 1человек | 1 | 1 | достигнут |
| **2** | Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом | 15,1% | 20,1% | 6,25% | достигнут |
| **3** | Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5 | не менее 1,4 | 2,73 | 2,5 | достигнут |
| **4** | Текучесть кадров | не более 12% | 14,7 % | 10,12% | Не достигнут |
| **5** | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 87% | 92% | 96% | достигнут |
| **6** | Уровень обеспеченности жильем | не менее 68% | % | 64,8% | Не достигнут |

**Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности**

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

**Индикаторы**

Достигнуты 6 индикаторов

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2022 год\*** | **Факт за**  **2022 год** | **Факт за**  **2021 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Доход на 1 койку (тыс. тенге) | 15,4млн.  тенге | 59,03 тыс.тенге | 15,9 млн. тг.. | достигнут |
| **2** | Амортизационный коэффициент | Не более 52% | 89,9 % | 46,0% | достигнут |
| **3** | Оборачиваемость активов | 0,37% | 0,98 % | 1,2 % | достигнут |
| **4** | Рентабельность (эффективная деятельность) | 0,65% | 0,85 % | 0,53 % | достигнут |
| **5** | Рентабельность активов (ROA) | 0,33% | 0,89 % | 0,56 % | достигнут |
| **6** | Доля доходов от платных услуг | 0,25% | 0,27 % | 1,0 % | достигнут |

**Цель 3: Создание пациентоориентированной системы оказания медицинской помощи**

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

**Индикаторы**

Достигнуты 5 индикаторов

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2022год** | **Факт за**  **2022 год** | **Факт за**  **2021 год** | **Сведения о достижении** |
| 1 | Удовлетворенность пациентов | 94 % | 95 % | 91,8% | достигнут |
| 2 | Показатели ВБИ | не более 1% | 0 % | 0 % | достигнут |
| 3 | Материнская смертность | 0 | 0 | 0 | достигнут |
| 4 | Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения | 0 | 0 | 0 | достигнут |
| 5 | Уровень послеоперационных осложнений | не более 1% | 0,9 % | 0,9% | достигнут |

**Цель 4: Эффективный больничный менеджмент**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2022 год** | **Факт за**  **2022год** | **Факт**  **2021 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Уровень компьютеризации рабочих мест | 76% | 78 % | 72% | достиг |
| **2** | Оборот койки | 60 | 59,1 | 59,9 | Не достиг |
| **3** | Работа койки | 300 | 296 | 299 | не достиг |
| **4** | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | не более 5 дней | 5,0 | 5 дней | Достиг |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Факт за**  **2022 год** | **Факт за**  **2021 год** | **Факт за**  **2020 год** |
| **1** | Удовлетворенность пациентов | 95% | 96% | 95,5% |
| **2** | Удовлетворенность работников | 92% | 95% | 95% |
| **3** | Доходы за отчетный период составляют | 2 741 395,9 тыс.тенге | 2 482 152,5 тыс.тенге | 2 033 732,0 тыс.тенге |
| **4** | Расходы всего за отчетный период составляют | 2 821 149,3 тыс.тенге | 2 470 468,4 тыс.тенге | 2 027 311 тыс.тенге |
| **5** | В т.ч. доходы от платных медицинских услуг | 7 448,1 тыс.тенге | 24 737,2 тыс.тенге | 14 388,4 тыс.тенге |
| **6** | Количество пролеченных пациентов | 9167(115) | 9364(154) | 8223(181) |
| **7** | Летальность | 0 | 0 | 0 |

**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. Совершенствование тарифной политики, в т.ч. формирование методологии возмещения затрат по клинико-затратным группам и по внедрению инновационных технологий.

Проведен анализ тарифов КЗГ, результаты которого, в целях повышения доходности, озвучены и доведены на рабочем совещании по управленческому отчету до заведующих клинических отделений.

Мероприятие 2. Использование амортизационных фондов.

Согласно Плану развития в 2021 году за счет средств местного бюджета предусмотрено 86 465 215,00 тыс. тенге на приобретение основных средств. Из них в отчетном году приобретено основных средств на сумму 83 497 215,00 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, увеличение платных коек.

В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается уменьшение доходов от платных услуг в связи с карантином. Так, за 2020 год фактические доходы от платных услуг в сумме составили 14388,4 тыс. тенге.( в 2019 году – 18 268,9 тыс. тенге).

В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период

(2022г)фактические доходы от платных медицинских и прочих услуг составили 7 448,1 тыс.тенге .( в 2020 году – 14388,4 тыс. тенге, в 2021-24737,2 тыс. тенге ).

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Утвержден маркетинговый план центра на 2022 год, согласно которому проводилась работа по 4 основным направлениям:

1) Имидж (администрирование сайта; ведение официальных страниц перинатального центра в социальных сетях; продвижение сайта в социальных сетях, на форумах и блог-платформах; информационное взаимодействие с отечественными и зарубежными СМИ; организация пресс-конференций, брифингов, интервью и т.д.).

Еженедельно обновлялась информация на сайте Центра (количество посетителей до 42 человек за сутки, до 980 человек в месяц), проведена работа по ведению официальных страниц центра в социальных сетях «Facebook» (4976 подписчиков,157 публикации ), «Instagram» ( 2502подписчиков,695 публикации). 9 поликлиник, 8 стационаров обеспечены буклетами и лифлетами о Центре .

2) Сбыт :расширяем и развиваем платные услуги;

3) Внутренний маркетинг: работа с персоналом – проводятся мотивирующие конкурсы; анкетирование; направляются на обучение в ближнее зарубежье.

По результатам анкетирования по определению уровня удовлетворенности пациентов в питание добавлено больше выпечки, овощей, фруктов и мяса.

4) Внешний маркетинг (внешние маркетинговые исследования).

Проведены SWOT-анализ, PEST-анализ, анализ рыночной среды, мониторинг цен на услуги, аналогичные услугам перинатального центра.

Мероприятие 3. Формирование эффективной системы направлений («reference») пациентов из других районов.

Врачами центра осуществлено 12 выездных консультаций и услуг в курируемые районы .

**4.3. Оценка эффективности использования основных средств**

За отчетный год доходы от платных услуг выполнены в сумме на 7 448,1 тыс. тенге (план 6 700,5 тыс. тенге, факт 7 448,1 тыс. тенге). Отмечается увеличение доли доходов от платных услуг на 54 % в сравнении с прошлым годом, а в сравнении с планом, нужно отметить увеличение доходов от оказания платных медицинских и прочих услуг на 11 %.

За отчетный период доходы всего составили в сумме 2 741 395,9 тыс. тенге, что на 257 423,8 тыс. тенге превышает плановое значение согласно Плану развития, что на 420 142,6 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2021 год – 2 482 152,5 тыс. тенге). В общей структуре доходов 2 741 395,9 тыс. тенге ГОБМП и ОСМС составляет 2 594 262,4 тыс. тенге (95%) и 147 133,5 тыс. тенге (5%) другие доходы. Доход на 1 койку в год на 21,5 млн. тенге превышают доходы прошлого года (в 2021 году – 15,9 млн. тенге, и на 2,7 млн. тенге от плановых значений (план – 15,4 млн. тенге).

Вместе с тем, порогового значения достигли финансовые индикаторы:

«Амортизационный коэффициент» (при плане не более 52%, факт –48%).

«Рентабельность (эффективная деятельность)» (план – 0,37%, факт – 0,85%). «Рентабельность активов (ROA)» (план – 0,33%, факт – 0,89%).

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

**5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов**

За 2022год на платной основе пролечено115 пациентов(всего 9167). За 2021год на платной основе пролечено154 пациента ( всего 9300),что меньше по сравнению с предыдущими годами. За 2020 год в Центре было пролечено 8189 пациентов (в рамках ГОБМП + на платной основе 181), что меньше по сравнению с показателями прошлых лет ( за 2019 г. – 8189 (213).

Стационарные койки в целом по центру и в разрезе структурных подразделений в 2022 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 296 дней работы койки в 2022 году, (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

По линии «Санитарной авиации» неонатологами было осуществлено 150 выезда в районы к 150 новорожденным, на ИВЛ транспортировано 116 новорожденных. Акушерами –гинекологами осуществлено 22 выезда к 22 пациентам , проведено 20 операций.

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

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов Организацией ежемесячно проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетирований за отчетный период отмечается удовлетворенность пациентов возросла 91,8% в 2019 и 95,5% в 2020 году,в 2021г-96% ,в 2022г удовлетворенность составляет 95% . Данный факт связан с активной работой Центра в 2022 году по развитию госпитального сервиса. Кроме того, согласно приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 22 июля 2011 года № 468 по запросу РГП «РЦРЗ» проводится анкетирование стационарных пациентов и пациентов, получивших консультативно-диагностические услуги, результаты которого составило также более 92%.

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

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

В перинатальном центре отмечается увеличение оборота койки на 11,8%: 52,4 в 2019 г. ; 52,8 в 2020г ; в 2021г 59,9.В 2022г оборот койки 59,1. При этом количество пролеченных больных : 8135 за 2019 г, против 8189 в 2020 г. и 9454 в 2021году ;в 2022г -9167.Уменьшилось количество пролеченных пациентов по платным услугам 213 пациента за 2019 г. против 181пациента за 2020 г ; 154 пациента в 2021году, 115 пациента в 2022году .

Развитие платных услуг является резервом в структуре внебюджетных доходов Центра.

**5.4. Безопасность пациентов**

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

Документооборот на 97% переведен на безбумажный.

пересмотрены 10 правил 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 3 клинических протокола диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 18 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;

В связи с пандемией рассмотрены и приняты в работу новые протоколы по COVID-19.

**5.5. Управление рисками**

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

**Анализ управления рисками**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование возможного риска** | **Цель, на которую может повлиять данный риск** | **Возможные последствия в случае непринятия мер по управлению рисками** | **Запланированные мероприятия по управлению рисками** | **Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками** | **Причины неисполнения** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Возникновение внутрибольничной инфекции (БВИ) | - На показатель качества;    - На репутацию  Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.  Цель 2: Эффективный больничный менеджмент. | - Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от ВБИ в стационаре);  - Дополнительные финансовые затраты; | 1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ    2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация. | 1. Создана комиссия инфекционного контроля, действующая согласно Типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций;  2.Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля  В результате, за 2022 г. показатель ВБИ 0 % | - |

1. Проводится мониторинг концентрации кислорода в родильном зале при проведении первичной реанимации новорожденным.
2. Во 2-ом полугодии 2018г внедрили обработку полости рта новорожденным периодичностью 1 раз в день, что в свою очередь снизило реализацию ВБИ, в особенности НЭК.
3. Прием новорожденных с массой менее 2000гр в полиэтиленовые пакеты, отсроченное пережатие пуповины вошло в рутинную практику.
4. В ОИТН и в отделении 2 этапа выхаживания новорожденных выделили процедурный кабинет для парентерального приготовления растворов новорожденным в асептических условиях.
5. Функционирует комната для молочной кухни.
6. В Центре используются одноразовые изделия медицинского назначения во всех отделениях.
7. Инвазивные вмешательства на всех этапах пребывания в центре сведены к минимуму.
8. Перед началом экстренных операций проводится обязательная обработка влагалища раствором Повидон -йода.
9. Рутинная ранняя выписка на 2 сутки после физиологических родов, на 2-3 сутки после плановых операций.
10. Максимально сокращено дородовое пребывание беременных, поступивших на плановое оперативное родоразрешение.
11. Организованны семинарские занятия с последующей аттестацией на знания правил техники мытья рук и постоянный мониторинг за соблюдением техники мытья рук.
12. Центр обеспечен одноразовыми бумажными полотенцами.
13. Проводится аэрозольная дезинфекция надуксусной кислотой стерильных зон согласно графика.
14. В центре проведены очистка с последующей дезинфекцией вентиляционных систем.
15. Проведен текущий ремонт.
16. Соблюдаются и выполняются шесть международных целей безопасности пациентов.
17. Пристроен просторный зал «фильтр» в приемном покое.
18. В отдельно стоящем здании (отделение гинекологии) развернут полностью оборудованный изолятор .
19. В связи с ограничительными мерами отсутствуют партнерские роды.
20. Выделена комната стабилизации новорожденных.
21. Пристроен просторный зал выписки новорожденных
22. Завершен ремонт здания КДБ,всех платных палат.

**РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА**

**6.1. Эффективность HR-менеджмента**

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

Обучение и переподготовка ключевых специалистов, в том числе с привлечением лучших зарубежных специалистов по критериям зарубежного стратегического партнера:

Для внедрения новых технологий в перинатальном центре ведется работа по организации и проведению мастер-классов ведущими зарубежными специалистами. За отчетный период в рамках 059 программы в организации проведен 3 мастер-класса. В мастер классе обучены 16 врачей и 7 средних медработников.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 58 сотрудников организации , что составляет 20,1% от общего числа всех сотрудников, из них врачи –22, СМР – 32.

В том числе, в рамках действующей программы направлено зарубеж на обучение 3 специалистов.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку в т.ч. за рубежом (в 2019 году 9,4%,в 2018г составила 27,4%) .В 2020г доля обученных за рубежом значительно меньше ,что связано с пандемией COVID-19,локдауном и жесткими карантинными мерами ;. В 2021г обучение/переподготовку за рубежом-3 врача.В 2022 году прошли обучение /переподготовку 22 врача.Уровень удовлетворенности персонала 92 % , чуть ниже по сравнению с прошлым годом -95%. А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем, обеспеченности жильем -84,8%.Текучесть кадров за отчетный год составляет 14,5% при плане «не более» 12%.

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

В перинатальном центре 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 перинатального центра на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 1 общебольничная конференция для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

В конференции принимали участие специалисты сестринского дела клинических отделений и вспомогательных служб, члены Правления, сотрудники отделений.

За отчетный период 3 медицинских сестер получили диплом об окончании академического бакалавриата,1 медицинская сестра закончила обучение прикладного бакалавриата.

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

Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

Разработка и внедрение дифференцированной бонусной системы оплаты труда.

Решением Профсоюзного комитета утвержден Коллективный договор об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда. Согласно приказа МЗ и СЗ РК № 429 от 29.05.2015г. утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты работникам.

Решением Профсоюзного комитета перинатального центра выделено 5 492 500 тг для оказания материальной помощи при тяжелых жизненных обстоятельствах, на оздоровление при длительных заболеваниях.

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

Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

центром на постоянной основе проводятся мероприятия по развитию корпоративной культуры и поддержанию корпоративных ценностей. Сотрудники при приеме на работ*у* обязаны изучить Кодекс деловой этики, где указаны ориентиры профессиональной деятельности и корпоративной культуры.

Продолжаем активно участвовать в продвижении и разъяснении ОСМС для населения.

По запросу Министерства здравоохранения РК, проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников центра в честь празднования Международного женского дня, Наурыз –мейрамы , Дня медицинского работника, Дня независимости. Получили нагрудной знак «За вклад в развитие здравоохранения Республики Казахстан», грамота от МЗ РК 1 сотрудник, грамота областного маслихата 1 сотрудник, благодарственное письмо от партии «Amanat » 8 сотрудник, благодарственное письмо от УОЗ ТО 16 сотрудников. Благодарственное письмо от администрации перинатального центра -83 сотрудников. Профсоюз Перинатального Центра поддержал коллектив материально, выделено 5 492 500 тг

**Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год**.

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

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 57, из них АУП – 3, врачи –4, СМР – 24, ММП – 15, прочие-11. Все сотрудники уволились по уважительным причинам . 1 – по достижению пенсионного возраста .

**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 перинатального центра проведена работа по:

* По гражданской обороне, антитеррору, котельной, кислородным баллонам, устройству безопасности лифтов, автоклаву (обучено 40 сотрудников);
* проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда

( принят экзамен у 319 сотрудников);

* проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 39 сотрудникам);
* по антитеррористической безопасности (обучено 319 сотрудников);
* организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 120 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);
* проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 20 сотрудников);
* проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 2 объектовые тренировки).

Профессиональных заболеваний в 2022 году не было.

**РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

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

Уровень использования коечного фонда за 2021 год составил 95% при плане 100%. Работа койки в 2022г -296, в 2021году 299;в 2020 году составила 277.

За 2022год средняя длительность пребывания пациентов 5,0 .За 2021 г средняя длительность пребывания (СДП)пациентов в отделениях составила 5,0 ;5,2 в 2020году 5,9 дней .

За 2022 оборот койки составил 59,1.За 2021 год оборот койки составил 59,9; в 2020 году -52,8; За 2019год отмечается замедление оборота койки -52,4; увеличение оборота койки : с 56,1 в 2017 г. до 63,7 в 2018 г. При этом, количество выписанных за 2022год 9167+115; за 2021год 9300+154 ; 2020г-8230+181.

За 2022 г. показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) составил 0 %.

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

В работе с лекарственными средствами перинатальный центр руководствуется следующими документами – приказ № 262 от 24.04.2015г. «Правила хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», приказ МЗ РК № 910 от 30.11.2017г. «Об утверждении зарегистрированных цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения», приказ МЗ РК № 931 от 8.12.2017 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра», руководство по использованию лекарственных средств», «О внесении изменений и дополнений в приказ № 10-02/28 от 17.02.2015 года», «Правила организации и проведения закупа лекарственных средств по оказанию ГОБМП № 1729 от 30.10.2009 г», приказ № 631 от 22.08.2017г. «Об утверждении списка лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования, закупаемых у единого дистрибьютора на 2019 год».

В перинатальном центре имеется распределительный пункт, где ответственным является подготовленный провизор. Согласно ГОБМП все больные обеспечиваются лекарственными средствами бесплатно. Закуп лекарств ведется в плановом порядке, в соответствии с лекарственным формуляром. Перебоев в обеспечении лекарствами больных нет. Условия хранения лекарственных средств соответствуют требуемым условиям.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение 1**

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

**Стратегическое направление 1 (финансы)**

Достигнуты 3 индикатора

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 | 15,4 млн. тенге | 59,03 тыс.тенге | Достиг |
| 2 | Доля доходов от платных услуг | % | Финансовая отчетность | Руководитель | 0,25% | 0,27 | достиг |
| 3 | Рентабельность активов (ROA) | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 0,33% | 0,89 | достиг |

**Стратегическое направление 2 (пациенты) Индикаторы**

Достигнуты 2 индикатора

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 | % | Данные внутреннего аудита | внутренний аудит | 94% | 92% | недостиг |
| **2** | Уровень летальности пациентов | 0% | Стат. данные | Стат. отдел | 0 | 0 | Достиг |
| **3** | Доля обоснованных жалоб | 0% | Данные внутреннего аудита | внутренний аудит | 0 | 0 | достиг |

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

Индикаторы не достигнуты

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 | Кол-во1 | Отчет отдела кадров | Отчет отдела кадров | 1 | 0 | Не Достиг |
| ***2*** | Текучесть кадров | 5,9% | Отчет отдела кадров | Отчет отдела кадров | не более 12% | 14,5% | Не Достиг |
| **3** | Уровень удовлетворенности персонала | 95% | Отчет отдела кадров | Отчет отдела кадров | не менее 95% | 88% | Не Достиг |

**Стратегическое направление 4 (операционные процессы)**

Достигнуты 2 индикатора,1 индикатор не достигнут.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 5,4 | 5,0 | Достиг |
| **3** | Оборот койки | Кол-во | Стат. данные | Заместитель руководителя | 65 | 59,1 | Не достиг |