

**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 2023 _____ 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, развитию стационарных замещающих технологий)

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

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

ПРИЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

1.1 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.

2023 год в цифрах

- Количество пролеченных пациентов: **8425+218** платных пациентов
 - Количество родов: **5003**
 - Количество проведенных операций:
 - кесарево сечение-1749
 - гинекологических полостных операций 74;
 - оперативная активность 35,5%.
 - Доля внедренных международных стандартов: **95%**
 - Внутрибольничных инфекций ВБИ в 2023г **2- 0,02%**
 - Уровень использования коечного фонда: **100%**.
- Всего на конец 2022 года количество **сотрудников – 418**, из которых:
- Медицинский персонал – 347 (67 врачей, 189 СМП, 79 ММП)
 - Административно-управленческий персонал, прочие – 39.
 - Текучесть персонала 9,1% в 2019 году; 5,9 % в 2020 году; 10,12 % в 2021 году; 14,5% в 2022 году; 11,9% в 2023 году;
 -

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 №414н/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 - Кожаметова Эльмира Агабековна руководитель ОПЦ №2.

член наблюдательного Совета –ДжабагиеваСалтанатУсадуллаевна заместитель руководителя

член наблюдательного Совета - МендыбаеваГульжанМейрамкуловна 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 1 раз в месяц, если в ящике имеются какие-то жалобы и предложения, регистрируются и принимаются меры. За 2022 год изъято 9 отзывов, все положительные. За 2022год 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 2023 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 5 индикатора, не достигнуты 1.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2023 год	Факт за 2023 год	Факт за 2022 год	Сведения о достижении
1	Количество привлеченных ключевых специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера	1 человек	1	1	достигнут
2	Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	15,1%	20,1%	20,1%	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	2,73	достигнут
4	Текучесть кадров	не более 12%	11,9%	14,7%	достигнут
5	Уровень удовлетворенности	не менее	95%	92%	достигнут

	персонала	87%			
6	Уровень обеспеченности жильем	не менее 68%	%	%	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%	0,55%	0,53%	достигнут
5	Рентабельность активов (ROA)	0,52%	0,51%	0,50%	достигнут
6	Доля доходов от платных услуг	6,9%	4,91%	4,4%	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%	97%	95%	достигнут
2	Показатели ВБИ	не более 1%	0,02%	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	не более	0,7%	0,9%	достигнут

осложнений	1%			
------------	----	--	--	--

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 2023год	Факт за 2023год	Факт 2021 год	Сведения о достижениях
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	76%	78%	72%	достиг
2	Оборот койки	60	54,0	59,9	Не достиг
3	Работа койки	300	275	299	не достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 5дней	5,1 дней	5 дней	Достиг

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

	Наименование	Факт за 2023 год	Факт за 2022 год	Факт за 2021 год
1	Удовлетворенность пациентов	95%	95%	96%
2	Удовлетворенность работников	92%	92%	95%
3	Доходы за отчетный период составляют	3057434,9тыс. тенге	2727508,0тыс. тенге	2418740,0тыс. тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	3197009,5тыс. тенге	2824710,48 тыс.тенге	2484511,60тыс.тенге
5	В т.ч. доходы от платных медицинских услуг	211188,8тыс.тенге	7 133965,1 тыс.тенге	105276,1 тыс.тенге
6	Количество пролеченных пациентов	8425(218)	9225(115)	9355(154)
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:

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.

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 2023 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» (2502 подписчиков, 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.

Врачи 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 2023 год на платной основе пролечено 218 пациентов (всего 8425)

За 2022 год на платной основе пролечено 115 пациентов (всего 9225). За 2021 год на платной основе пролечено 154 пациента (всего 9355), 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 выездов 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 2021 г. – 96%, в 2022 г. – 95%, в 2023 г. удовлетворенность составляет 97%. Данный факт связан с активной работой Центра в 2023 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 оборота койки
В 2020г оборот койки -52,8
В 2021г оборот койки -59,9
В 2022г оборот койки -59,1.
В 2023г оборот койки -54,0

При этом количество пролеченных больных : 8230 в 2020 году.
9355 в 2021 году ;
9225 в 2022 году
8425 в 2023 году

количество пролеченных пациентов по платным услугам
181 пациента за 2020 г ;
154 пациента в 2021 году,
115 пациента в 2022 году.
218 пациента в 2023 году.

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

Наименованиевозможногориска	Цель, на которую повлиять данный риск	Возможные последствия в случае непринятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причинынеисполнения
1	2	3	4	5	6
<p>Возникновение внутрибольничной инфекции (ВБИ)</p>	<p>- На показатель качества;</p> <p>- На репутацию</p> <p>Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.</p> <p>Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.</p>	<p>- Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от ВБИ в стационаре);</p> <p>- Дополнительные финансовые затраты;</p>	<p>1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ</p> <p>2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, выявление, изоляция и санация.</p>	<p>1. Создана комиссия инфекционного контроля, действующая согласно Типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций;</p> <p>2. Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля</p> <p>В результате, за 2023 г. показатель ВБИ 0,02 %</p>	<p>-</p>

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 отделе 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 влажной салфеткой 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. Организованы 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 за рубеж 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 2022г обучение/переподготовку за рубежом – 3 врача. В 2023 году прошли обучение /переподготовку 22 врача. Уровень удовлетворенности персонала 97%, чуть выше 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 11,9% 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 5492500тг 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 работу 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 500тг

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.

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 5492500тг 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 работу 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 500тг

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 2023 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 2023г -275. Работа койки в 2022г -296, в 2021году 299;в 2020 году составила 277.

За 2023год средняя длительность пребывания пациентов 5,1
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.

За 2023 оборот койки составил 54,0

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.

За 2023 г.показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) составил 0,02 %.

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 закупки 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 койку	(млн. тенге)	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	15,4 млн. тенге	19598,5 тыс.тенге	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг	%	Финансовая отчетность	Руководитель	0,25%	6,9	достиг
3	Рентабельность активов (ROA)	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	0,33%	0,52	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-во	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	5,1	Достиг
3	Оборот койки	Кол-во	Стат. данные	Заместитель руководителя	65	54,0	Не достиг