**Годовой отчет**

**о деятельности организации здравоохранения**

**ГКП "Байганинская центральная районная больница" на ПХВ**

**за \_2018\_год**

**СОДЕРЖАНИЕ**

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

          1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)

          1.2. Стратегия развития (стратегические цели и задачи)

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

2.1. 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. Управление рисками в работе с персоналом

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ   РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб

7.2. Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)

 РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

Предприятие является центральной районной больницы в регионе Актюбинской области, Байганинского района, которое оказывает следующие услуги :

- в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи - оказание амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической, стационарной и стационарозамещающей помощи, скорой медицинской помощи;

- Пропаганда здорового образа жизни;

-фармацевтическая деятельность;

- оказание платных медицинских услуг.

Миссия

Оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению, улучшение здоровья через внедрение  новых технологий, методов лечения и профилактики

Видение

            Оказание высококачественной амбулаторной и специализированной медицинской помощи, наиболее отвечающей потребностям пациента, на основе современных диагностических, лечебных, профилактических и медико-социальных технологий в условиях оптимального комфорта, уюта и понимания. Приоритетом нашей деятельности является профилактика.

2018 год в цифрах

·      Количество пролеченных пациентов: 2300

·      Количество проведенных операций: 367

·      Внутрибольничные инфекций (ВБИ) : в 2017 г. 1 cл – 0,05, в 2018 году 1 сл – 0,04

·      Уровень использования коечного фонда: 105,4%

·      Всего на конец 2018 года количество сотрудников – **365**, из которых:

.    Медицинский персонал – **202 (40 врачей, 162 СМП )**

·      Доход от оказания платных медицинских услуг: 8104,3 тыс. тенге.

1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

Организация  работает по 3 стратегическим направлениям:

1. Улучшение доступности качественных медицинских услуг

Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.

Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.

2. Повышение эффективности системы здравоохранения

Цель: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг по Байганинскому району и Актюбинской области

3.Развитие кадрового потенциала

Цель: Формирование квалифицированных кадров

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета

Состав наблюдательного совета утвержден Приказ ГУ "Управление здравоохранения Актюбинской области" от 18 апреля 2018 года, за №74ө-§4, от 07.12.2018 года за №235ө-§4

Председатель Наблюдательного совета - Коянбаев Мухтар Елеусинович

член Наблюдательного совета -  Мустафин Табынбай Кидирбаевич

член Наблюдательного совета -  Иманбаев Абзалбек Иманбаевич

член Наблюдательного совета -  Амангелдиев Амантай Амангелдиевич

член Наблюдательного совета -  Омаров Олжас Асылбекович

член Наблюдательного совета -  Кенжебаева Батима

член Наблюдательного совета -  Тажімұратов Бауыржан Құрағанұлы

секретарь – Такен Дәуренбек Ермекұлы

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

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

Руководитель СВА - Заместитель главного врача Адилханов Серик Муханбетулы

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 квалифицированных кадров

              В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов достигнуты все индикаторы.

Индикаторы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2018 год | Факт за2018 год | Факт за2017 год | Сведения о достижении |
| 1 | Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку  | 45,7% | 45,7% | 85,7% | 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 | 1,7 | Достиг |
| 3 | Текучесть кадров | не более 5% | 0,26% | 0,23% | Достиг |
| 4 | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 80% | 88% | 84% | Достиг |
| 5 | Уровень обеспеченности жильем | не менее 50,0% | 70% | 50% |  Достиг |

Причины не достижения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

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

Индикаторы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2018 год\* | Факт за2018 год | Факт за              2017год | Сведения о достижении |
| 1 | Доход на 1 койку (млн. тенге) | 3,2 млн. тг. | 4,7 млн. тг | 3,4млн. тг. | Достиг |
| 2 | Амортизационный коэффициент | не более 40% | 52,53% | 49,78% | Не достиг |
| 3 | Оборачиваемость активов | 60,0% | 94,4% | 66,0% | Достиг |
| 4 | Рентабельность (эффективная деятельность) | 0,1% | 0,07% | -893,93% | Не достиг |
| 5 | Рентабельность активов (ROA) |  | 1,57 |  |  |
| 6 | Доля доходов от платных услуг | не менее 1% | 1,4% | 1,7% | Достиг |

Причины не достижения:

2. За счет физического износа и нехватки финансовых средств для обновления базы основных средств

4,5. За счет убытка предприятия

 Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из  индикаторов наблюдается достижение  15 индикаторов, не достигнуто - 2 индикатора

Индикаторы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2018 год | Факт за          2018 год | Факт за              2017 год | Сведения о достижении |
| 1 | Удовлетворенность пациентов | 42% | 63 % | 74 % | Достиг |
| 2 | Показатели ВБИ | не более 4% | 0,04% | 0,05% | Достиг |
| 3 | Уровень послеоперационной летальности пациентов | не более 1,6% | 0,47% | 0% | Достиг |
| 4 | Общая летальность | не более 0,9% | 0,3% | 0, 2% | Достиг |
| 5 | Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения | 0 | 2 | 0 | Не достиг |
| 6 | Уровень послеоперационных осложнений | не более 3% | 0 | 0 | Достиг |
| 7 | Время ожидания госпитализации в стационар | не более 14 дней | 1день | 1 день | Достиг |
| 8 | Заболеваемость туберкулезом | 57,9 на 100тыс нас. | 30,65 на 100тыс нас. | 43,22 на 100тыс нас. | Достиг |
| 9 | Общая смертность населения | 6,4 на 1000нас | 3,98 | 4,97 | достиг |
| 10 | Материнская смертность | 4,7 на 100000 родившихся живыми | 0 | 0 | Достиг |
| 11 | Младенческая смертность | 8,5 на 1000 родившихся живыми | 11,02 | 8,39 | Не достиг |
| 12 | Смертность от болезней системы кровообращения | 175,0 на 100тыс нас | 17,51 | 17,29 | Достиг |
| 13 | Смертность от туберкулеза | 3,45 на 100тыс нас | 0 | 0 | Достиг |
| 14 | Смертность от злокачественных новообразований | 74,48 на 100тыс нас | 12,97 | 13,13 | Достиг |
| 15 | Ранее выявляемость злокачественных новообразований (1-2 стадия) | 62,7% | 17,9 | 36,4 | Не достиг |
| 16 | Доля врачей ПМСП в общем числе врачей | 25.3% | 27,5 | 26,9 | Достиг |

Причины не достижения:

9.  Низкая рождаемость по району и развитие врожденных пороков среди младенцев.

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

              В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов, не достигнуты – 1 индикатор.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2018 год | Факт за2018 год | Факт 2017 год | Сведения о достижении |
| 1 | Уровень компьютеризации рабочих мест | 65% | 71% | 51,4% | Достиг |
| 2 | Оборот койки | не менее 26,9 раз | 48,1 раз | 41,4 раз | Достиг |
| 3 | Средняя занятость койки | 100% | 321,6% | 286,1% | Не достиг |
| 4 | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | не более 12,1 дней | 6,7 дней |  6,9 дней | Достиг |
| 5 | Средняя длительность дооперационного пребывания | не более 4,7 дней | 1 день | 1 день | Достиг |

Причины не достижения:

3. В связи с развитием и широким применением стационарозамещающих технологии и с  сокращением пребывания больного на стационарные койки

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

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  Наименование | Факт за          2016 год | Факт за          2017 год | Факт 2018 год |
| 1 | Удовлетворенность пациентов | 71% | 74% | 63% |
| 2 | Удовлетворенность работников | 85% | 84% | 88% |
| 3 | Доходы за отчетный период составляют | **589589,62тыс.т** | **619709,1тыс.т** | **665727,5 тыс.т** |
| 4 | Расходы всего за отчетный период составляют | **626634,02тыс.т** | **651218,24тыс.т** | **635166,8 тыс.т** |
| 5 | Доходы от платных медицинских услуг | **6071,00тыс.т** | **6771,22** | **8104,3** |
| 6 | Количество пролеченных пациентов | 2175 | 1983 | 2300 |
| 7 | Летальность | 0,1% | 0,2% | 0,3% |
|   |   |   |   |   |

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

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

              Утвержденный бюджет на 2018 год 529203,1 тыс.тенге. Уточненный бюджет на 2018 год составляет 623 300,3тыс.тенге.

4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

          Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

          За 2018 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 8104,3тыс. тенге (в 2017 году – 6771,22тыс. тенге).

          Доход за 2018 го составил 665727,5 тыс.тенге. Расходы за 2018 год составил – 635166,8 тыс.тенге, итого прибыль за отчетный год составил - 30560,7 тыс.тенге.

4.3. Оценка эффективности использования основных средств

          «Амортизационный коэффициент» (при плане 40%, факт – 52,53%). Не достижение индикатора связано с физическим износом основных средств и недостаточности   финансовых средств для закупа новых медицинских оборудований, транспортных средств и т.д.

          «Рентабельность (эффективная деятельность)» (план – 0,1%, факт – -0,07%). Не достижение индикатора связано с убытком преприятия.

          «Рентабельность активов (ROA)» (план – 0 факт – **1,57%).** Не достижение индикатора связано с убытком предприятия.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2018 год в Организации было пролечено 1335 пациента (в рамках ГОБМП), что на 14,5% меньше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2017 г. – 1561, за 2016 г. – 1582).

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделении в 2018 году работали в менее интенсивном режиме, чем в 2017 году. Так если в 2017 году дни работы койки составляло 366 дней, то в 2018 году этот показатель составил всего 205 дней (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

          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 анкетировании за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 93,0% против 92,6% в 2017 году.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается уменьшение оборота койки на 14,7%: с 33,2 в 2017 г. до 28,3 в 2018г., при плане 32,5 в 2018г. При этом, количество поступивших больных уменьшилось на 15,2%: с 1556 поступивших больных за 2017 г, до 1335 в 20187г.; уменьшилось  количество выписанных за 2018 г. на 14,5 %, что составило 1335  против 1561 за 2017 г.

5.4. Безопасность пациентов

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

пересмотрены 15 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 10 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 9 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;

            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  | - |
|  |  |  |  |  |  |

          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 ключевых специалистов

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли повышение квалификации  врачи на разные темы (онкология - 4, по заболеваемости туберкулезом - 6, по инфекционному контролю – 2, по неврологии – 1, по внедрению программы управления заболеваниями - 25), прошли переподготовку 2 специалиста (анестезиология- ренаиматология, лабораторная диагностика).

Среди медицинского персонала среднего звена за счет средств стимулирующего компонента подушевого норматива были обучены 7 врача, 15 средний медицинский персонал.

22 врача, 15 средний медицинский персонал, 7 сотрудников из числа прочего персонала приняли участие на семинарах по различным темам.

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. В связи с этим на базе Организации на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 31 общебольничных конференций для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

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

6.2 Управление рисками

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За отчетный период в организации проведена работа по:

·      обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено 5 сотрудников);

·      по обучению по пожарной безопасности (обучено 8 сотрудников)

·      проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 150 сотрудников);

·      проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 66 сотрудникам);

·      организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории);

·      проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 10 сотрудников);

·      проведению тренингов персонала с участием областных, районных ГО, ЧС (проведено 5 объектовые тренировки).

Внешней сертифицированной компанией проведена аттестация рабочих мест.

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2018 году не было.

          РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ   РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

          7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб

В 2016 году Организация успешно прошла аккредитацию.

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- внедрены 6 индикаторы качества и 3 приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

- пересмотрены 20 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 15 клинических протоколов диагностики и лечения нейрохирургических пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 17 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;

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

Уровень использования коечного фонда за 2018 год составил 71,2% при плане 100%.

          За 2018  год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях на 4% , с 7,5 дней в 2017 г. до 7,2 в 2018 г. при плане 12,1 дней за 2018 г.

          Отмечается уменьшение оборота койки  с 33,2 в 2017 г. до 28,3 в 2018 г., при плане 26,9 в 2018г. При этом, количество поступивших больных уменьшилось  на 15,2%: с 1556  поступивших больных за 2017 г. до 1335 в 2018 г.; уменьшилось количество выписанных за 2018 г. на 14,5%, что составляло 1335 против 1561 за 2017 г.

**Годовой отчет**

**о деятельности организации здравоохранения**

**ГКП "Байганинская центральная районная больница" на ПХВ**

**за \_2017\_год**

**СОДЕРЖАНИЕ**

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

          1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)

          1.2. Стратегия развития (стратегические цели и задачи)

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

2.1. 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. Управление рисками в работе с персоналом

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ   РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб

7.2. Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

Предприятие является центральной районной больницы в регионе Актюбинской области, Байганинского района, которое оказывает следующие услуги :

- в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи - оказание амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической, стационарной и стационарозамещающей помощи, скорой медицинской помощи;

- Пропаганда здорового образа жизни;

-фармацевтическая деятельность;

- оказание платных медицинских услуг.

**Миссия**

Оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению, улучшение здоровья через внедрение  новых технологий, методов лечения и профилактики

**Видение**

Оказание высококачественной амбулаторной и специализированной медицинской помощи, наиболее отвечающей потребностям пациента, на основе современных диагностических, лечебных, профилактических и медико-социальных технологий в условиях оптимального комфорта, уюта и понимания. Приоритетом нашей деятельности является профилактика.

**2017 год в цифрах**

·      Количество пролеченных пациентов: 1561

·      Количество проведенных операций: 497

·      Внутрибольничные инфекций (ВБИ) : 0,06% в 2016 г., 0,06% в 2017 году

·      Уровень использования коечного фонда: 81,3%

·      Всего на конец 2017 года количество сотрудников – **363,** из которых:

o    Медицинский персонал – 227 (36 врачей, 141 СМП, ММП-50)

·      Доход от оказания платных медицинских услуг: **6771,22** тыс. тенге.

1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

Организация  работает по 3 стратегическим направлениям:

1. Улучшение доступности качественных медицинских услуг

Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.

Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.

2. Повышение эффективности системы здравоохранения

Цель: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг по Байганинскому району и Актюбинской области

3.Развитие кадрового потенциала

Цель: Формирование квалифицированных кадров

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета

Состав наблюдательного совета утвержден Приказ ГУ "Управление здравоохранения Актюбинской области" от 18 апреля 2018 года, за №74ө-§4

Председатель Наблюдательного совета - Коянбаев Мухтар Елеусинович

член Наблюдательного совета -  Мустафин Табынбай Кидирбаевич

член Наблюдательного совета -  Иманбаев Абзалбек Иманбаевич

член Наблюдательного совета -  Амангелдиев Амантай Амангелдиевич

член Наблюдательного совета -  Омаров Олжас Асылбекович

член Наблюдательного совета -  Кенжебаева Батима

член Наблюдательного совета -  Тажімұратов Бауыржан Құрағанұлы

секретарь – Такен Дәуренбек Ермекұлы

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

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

Руководитель СВА - Заместитель главного врача Адилханов Серик Муханбетулы

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 квалифицированных кадров

              В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов достигнуты все индикаторы.

Индикаторы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2017 год | Факт за2017 год | Факт за2016 год | Сведения о достижении |
| 1 | Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку  | 20% | 31,3% | 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 5% | 3,6% | 4,0% | Достиг |
| 4 | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 70% | 87% | 78% | Достиг |
| 5 | Уровень обеспеченности жильем | не менее 50,0% | 50% | 33,3% |  Достиг |

Причины не достижения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

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

Индикаторы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2017 год\* | Факт за2017 год | Факт за              2016 год | Сведения о достижении |
| 1 | Доход на 1 койку (млн. тенге) | 3,2 млн. тг. | 3,4млн. тг. | 2,8 млн. тг. | Достиг |
| 2 | Амортизационный коэффициент | не более 40% | 49,78% | 43,28% | Не достиг |
| 3 | Оборачиваемость активов | 60,0% | 66,0% | 64,0% | Достиг |
| 4 | Рентабельность (эффективная деятельность) | 0,1% | -893,93% | % | Не достиг |
| **5** | **Рентабельность активов (ROA)** | **0** | **0** | **%** | **Не достиг** |
| 6 | Доля доходов от платных услуг | не менее 1% | 1,7% | 1,5% | Достиг |

Причины не достижения:

2. За счет физического износа и нехватки финансовых средств для обновления базы основных средств

4,5. За счет убытка предприятия

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из  индикаторов наблюдается достижение  15 индикаторов, не достигнуто - 1 индикатор

Индикаторы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2017 год | Факт за          2017 год | Факт за              2016 год | Сведения о достижении |
| 1 | Удовлетворенность пациентов | 42% | 92,6% | 92,4% | Достиг |
| 2 | Показатели ВБИ | не более 4% | 0,06% | 0,06% | Достиг |
| 3 | Уровень послеоперационной летальности пациентов | не более 1,6% | 0,75% | 0, 6% | Достиг |
| 4 | Общая летальность | не более 0,9% | 0,12% | 0,12% | Достиг |
| 5 | Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения | 0 | 0 | 0 | Достиг |
| 6 | Уровень послеоперационных осложнений | не более 3% | 0 | 0 | Достиг |
| 7 | Время ожидания госпитализации в стационар | не более 14 дней | 1день | 1 день | Достиг |
| 8 | Заболеваемость туберкулезом | 57,9 на 100тыс нас. | 46,7 на 100тыс нас. | 26 на 100тыс нас. | Достиг |
| 9 | Общая смертность населения | 6,5 на 1000нас | 6,8 | 7,2 | Не достиг |
| 10 | Материнская смертность | 4,9 на 100000 родившихся живыми | 0 | 0 | Достиг |
| 11 | Младенческая смертность | 8,9 на 1000 родившихся живыми | 8,0 | 3,6 | Достиг |
| 12 | Смертность от болезней системы кровообращения | 177,5 на 100тыс нас | 129,6 | 138,5 | Достиг |
| 13 | Смертность от туберкулеза | 3,5 на 100тыс нас | 0 | 5,2 | Достиг |
| 14 | Смертность от злокачественных новообразований | 74,49 на 100тыс нас | 67,9 | 66,2 | Достиг |
| 15 | Ранее выявляемость злокачественных новообразований (1-2 стадия) | 62,5% | 74,2 | 54,5 | Достиг |
| 16 | Доля врачей ПМСП в общем числе врачей | 24% | 100 | 100 | Достиг |

Причины не достижения:

9. За счет регистрации ранее умерших при определении статуса по ОСМС

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов, не достигнуты – 1 индикатор.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | План на2017 год | Факт за2017 год | Факт 2016 год | Сведения о достижении |
| 1 | Уровень компьютеризации рабочих мест | 50% | 51,4% | 46,7% | Достиг |
| 2 | Оборот койки | не менее 26,9 раз | 33,2 раз | 33,7 раз | Достиг |
| 3 | Средняя занятость койки | 100% | 81,3% | 87,0% | Не достиг |
| 4 | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | не более 12,1 дней | 7,5 дней | 8,0 дней | Достиг |
| 5 | Средняя длительность дооперационного пребывания | не более 4,7 дней | 4,1 дней | 4,5 дней | Достиг |

Причины не достижения:

3. В связи с развитием и широким применением стационарозамещающих технологии и с  сокращением пребывания больного на стационарные койки

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

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  Наименование | Факт за          2015 год | Факт за          2016 год | Факт 2017 год |
| 1 | Удовлетворенность пациентов | 75% | 92,4% | 92,6% |
| 2 | Удовлетворенность работников | 76% | 78% | 87% |
| 3 | Доходы за отчетный период составляют | **532870,5тыс.т** | **589589,62тыс.т** | **619709,10тыс.т** |
| 4 | Расходы всего за отчетный период составляют | **555302,6тыс.т** | **626634,02тыс т** | **651218,24тыс.т** |
| 5 | Доходы от платных медицинских услуг | **6354,2тыс.т** | **6071,00тыс.т** | **6771,22тыс.т** |
| 6 | Количество пролеченных пациентов | 1682 | 1582 | 1561 |
| 7 | Летальность | 0,06% | 0,12% | 0,15% |
|   |   |   |   |   |

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

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

Утвержденный бюджет на 2017 год **545900,8** тыс.тенге. Уточненный бюджет на 2017 год составляет **563038,4** тыс.тенге.

остаточная стоимость основных средств по состоянию на 31.12.2017 года составила **1 827 314,40 тыс**.тенге и включала следующее:

**1. здания и сооружения – 558 155,76 тыс.тенге**

**2. Машины и оборудование – 21 895,75 тыс.тенге**

**3. Транспортные средства – 11 226,75 тыс.тенге**

**4. Компьютеры – 1 930,09 тыс.тенге**

**5. Мебель - 220,95 тыс.тенге**

**6.Земля - 1 212 204,51 тыс тенге**

**7.Прочие основные средства – 21 644,35 тыс тенге**

**8. Жилые здания -36,24 тыс.тенге**

4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

          Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

          За 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 8412,8 тыс. тенге (в 2016 году – 7005,6тыс. тенге).

          Доход за 2017 го составил **619 709,10** тыс.тенге. Расходы за 2017 год составил – **651 218,24** тыс.тенге, итого убыток за отчетный год составил – **31509,14** тыс.тенге.

   4.3. Оценка эффективности использования основных средств

          «Амортизационный коэффициент» (при плане 40%, факт – 49,8%). Недостижение индикатора связано с физическим износом основных средств и недостаточности   финансовых средств для закупа новых медицинских оборудований, транспортных средств и т.д.

          «Рентабельность (эффективная деятельность)» (план – 0,1%, факт – -893,93%). Не достижение индикатора связано с убытком преприятия.

          **«Рентабельность активов (ROA)» (план – 0 факт – -0 %). Недостижение индикатора связано с убытком предприятия.**

 РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2017 год в Организации было пролечено 1561 пациент (в рамках ГОБМП), что на 1,3% меньше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2016 г. – 1582, за 2015 г. – 1682).

 Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделении в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 366 дней работы койки в 2017 году, (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

    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 анкетировании за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 92,6% против 92,4% в 2016 году.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается уменьшение оборота койки на 0,5%: с 33,7 в 2016 г. до 33,2 в 2017г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных уменьшилось на 2%: с 1588 поступивших больных за 2016 г, до 1556 в 2017 г.; уменьшилось  количество выписанных за 2017 г. на 1,3%, что составило 1561  против 1582 за 2016 г.

 5.4. Безопасность пациентов

 В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

 пересмотрены 20 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 15 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 17 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;

            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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименованиевозможного 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 2017 г. не наблюдается рост  ВБИ с 0,06% в 2016 г. до 0,06% в 2017 году | - |
|  |  |  |  |  |  |

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 ключевых специалистов

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли повышение квалификации  врачи на разные темы (обязательное социальное медицинское страхование - 20 человек, онкология - 2, по заболеваемости туберкулезом - 4, по проведению наркологической и психиатрической экспертизы -5), прошли переподготовку 3 специалиста (УЗИ, реабилитология, офтальмология).

Среди медицинского персонала среднего звена по фармации прошли повышение квалификации - 12 человек, также за счет средств стимулирующего компонента подушевого норматива были обучены 8 врача, 17 средний медицинский персонал.

22 врача, 11 средний медицинский персонал, 8 сотрудников из числа прочего персонала приняли участие на семинарах по различным темам.

 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. В связи с этим на базе Организации на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 5 общебольничных конференций для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

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

  6.2 Управление рисками

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За отчетный период в организации проведена работа по:

·      обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено 5 сотрудников);

·      по обучению по пожарной безопасности (обучено 8 сотрудников)

·      проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 150 сотрудников);

·      проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 66 сотрудникам);

·      организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории);

·      проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 10 сотрудников);

·      проведению тренингов персонала с участием областных, районных ГО, ЧС (проведено 5 объектовые тренировки).

Внешней сертифицированной компанией проведена аттестация рабочих мест.

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

В 2016 году Организация успешно прошла аккредитацию.

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- внедрены 6 индикаторы качества и 3 приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

- пересмотрены 20 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 15 клинических протоколов диагностики и лечения нейрохирургических пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 17 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;

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

Уровень использования коечного фонда за 2016 год составил 87% при плане 100%.

          За 2017 год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 8,0 дней в 2016 г. до 7,5 в 2017 г. при плане 11,2 дней за 2017 г.

          Отмечается уменьшение оборота койки  с 33,7 в 2016 г. до 33,2 в 2017 г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных уменьшилось  на 2%: с 1588  поступивших больных за 2016 г. до 1556 в 2017 г.; уменьшилось количество выписанных за 2017 г. на 1,3%, что составляло 1561 против 1582 за 2016 г.