******

***СОДЕРЖАНИЕ***

***РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ***

 *1.1. Областная больница является учебным центром и базой Западно-Казахстанской медицинской академии им. М. Оспанова и Атырауского медицинского колледжа им. А. Сундетова по подготовке кадров (прохождение интернатуры, специализация на рабочем месте), центром по оказанию организационно-методической и практической помощи.*

*Общее количество персонала: 761 сотрудников, в том числе врачей – 122, из них 62,0% имеют квалификационную категорию. Медицинских сестер –314, из них 71,0% имеют квалификационную категорию. Младший медицинский персонал – 255, прочие работники – 91. 3 кандидатов медицинских наук.*

*Атырауская областная клиническая больница головное лечебно-профилактическое учреждение области, мощностью на* ***400 коек****, оказывает высокоспециализированную медицинскую помощь, с амбулаторно-поликлинической помощью на* ***120 посещений*** *в смену. Стационарную помощь оказывают 12 клинических отделений.*

*Кроме того, в больнице оказывают стационарную помощь хозрасчетное отделение терапевтического профиля на 30 коек, дневной стационар на 30 коек, центр амбулаторной хирургии на 20 коек, гепатоцентр на 10 коек, гемодиализный центр на 10 коек. Сотрудниками оказывается круглосуточная высококвалифицированная и высокоспециализированная терапевтическая, хирургическая, помощь, в том числе экстренные хирургические, нейрохирургические, гинекологические, травматологические операции. Широко применяется экстренная хирургическая помощь больным с сочетанными травмами при различных повреждениях, оказывается экстренная помощь больным при поражениях магистральных сосудов верхних и нижних конечностей, а также операции на венах артерий – венозной фистулы для проведения гемодиализа больным при ХПН. Проводятся лапороскопические операции при острых патологиях органов брюшной полости и при спаечной болезни, торакоскопические операции, а также диагностическая лапароскопия и торакоскопия,*

*В урологическом отделении проводятся практически все операции на почке, мочеточнике, мочевом пузыре, предстательной железе, мужских наружных половых органах.*

*Для оказания высокоспециализированной помощи оснащены современным оборудованием-аппаратом ЭОП электронно- оптическим преобразователем, арторскопом фирмы Карл Шторц, аппарат для обработки костей, имплантанты системы АО (Швейцария).*

 *С целью модернизации сложных технологии в ежедневную практику внедрены малоинвазивные эндоскопические методы операции: внутрисосудистый тромболизис церебральных артерий и синусов, дренаж кисты поджелудочной железы при помощи катетера, марсупиализация кисты поджелудочной железы, стентирование почечных, подвздошных, бедренных артерий, хирургические вмешательства при инфравезикальной обструкции, эндоваскулярное стентирование сосудов головы и шеи.*

*В рамках программы для дальнейшего оказания больным с заболеванием кровообращения внедрен ангиографический метод исследования. Совместно с Литовскими врачами внедрен оперативный метод лечения больных с патологическим ожирением. Врачами травматологами освоены методы замены тазобедренного и коленного суставов.*

 *Для удобства населения КГП на ПХВ Атырауской областной больнице функционирует сайт куда могут задать вопросы, сообщить о проблемах. Все поступившие вопросы оперативно рассматриваются и решаются. 2015 году организована «Служба по поддержке пациентов», телефон доверия.*

 *Телемедицинский консультативный центр в г. Атырау организован на базе областной больницы. В настоящее время областной телемедицинский центр наладил работу в режиме on-line связь со всеми республиканскими медицинскими центрами; Постоянно работает обученный технический персонал. Все главные внештатные специалисты, заведующие отделениями являются консультантами для районов. По мере необходимости, в любое время суток, имеется возможность организовать телемедицинскую консультацию с любым районом области.*

*За период реализации* ***Государственной программы*** *развития здравоохранения Республики Казахстан* ***«****Денсаулық****»*** *на 2016-2020 годы отмечена следующая положительная динамика:*

 *-Преобразование ГКП «Областная больница» в Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения КГП на ПХВ"Атырауская областная больница".*

*-Создание наблюдательного совета, с привлечением в члены наблюдательного совета ведущих руководителей медицинских организаций города.*

*- Улучшение оснащения медицинским оборудованием с 30,1% до 82,35%. С 2014 года медицинское оборудование приобретается в лизинг.*

*- Повышение категорийности врачебного персонала с 53% до 62,0%, среднего медицинского персонала с 59% до 71,0%.*

*-Снижение объемов стационарной помощи на 7%, рост объемов стационарзамещающей на 16%.*

*-Внедрение дифференцированной оплаты труда, позволившей увеличить среднемесячную заработную плату работников, тем самым, стимулируя их на конечный результат.*

*-Организация нейро-инсультного центра, для оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.*

*-внедрены новые методы оказания – высокотехнологическая медицинская помощь.*

*-подготовка резидентов*

*- Открытие профильных коек реабилитационно-восстановительного лечения для неврологических больных, травматологических и нейрохирургических больных.*

*- Организация Центра мужского здоровья, необходимость связана с усугублением проблем мужского здоровья в последние годы, ухудшением демографической ситуации (низкая рождаемость; ранняя смертность мужчин трудоспособного возраста (в 4 раза превышающая женскую смертность); растущее мужское бесплодие).*

*- Организация Гепатологического Центра, необходим для профилактики цирроза печени, больных с патологией гепато-билиарной системы, нуждающихся в коррекции лечения и верификации диагноза, в подборе иммуносупрессоров и п/вирусной терапии, а также подбор пациентов на трансплантацию печени; в формировании и пополнении информационной базы по донорам и реципиентам для создания Единого Национального Регистра, также проведение профилактики осложнений и ведения регистра с учетом оказания амбулаторно-поликлинической помощи (бесплатное обеспечение) и для получения бесплатных лекарственных средств по льготным рецептам, лабораторного исследования.*

*- Приобретение Передвижного Мобильного Комплекса (ПМК) – для обеспечения доступности медицинской помощи населению, особенно сельскому, проживающему в отдаленных и труднодоступных регионах, оснащен современным медицинским оборудованием и укомплектован бригадой врачей для проведения скрининговых исследований и консультативно-диагностических услуг.*

***2017 год в цифрах***

* *Количество пролеченных пациентов:* ***12807***
* *Количество проведенных операций:* ***4505***
* *Не допушение внутрибольничных инфекций ВБИ с 0% в 2016 г. до* ***0****%* ***в 2017 году***
* *Уровень использования коечного фонда:* ***100%***
* *Проведено* ***13 мастер-классов,*** *из них* ***4 мастер-классов*** *с участием зарубежных специалистов*
* *Пролечено* ***89 иностранных*** *пациентов*
* *Всего на конец 2017 года количество* ***сотрудников – 757****, из которых:*
	+ *Медицинский персонал – 461 (132 врачей, 326 СМП, 225 ММП)*
	+ *Административно-управленческий персонал – 23, , прочие – 48.*
* *Снижение текучести персонала с 20% в 2016 году* ***до 12% в 2017 году***
* *Выручка от оказания услуг:* ***1886783840 тенге***

 *1.2. Стратегические направления, цели, задачи, целевые индикаторы,
мероприятия и показатели результатов*

***Стратегическое направление 1 (финансы)***

***Цель 1.1. Увеличить доходы, за счет увеличения стоймости КЗГ (клинико-затратной группы) снижение средней длительности пребывание больного на койке, уменьшение пролеченных случаев, увеличение количества больных в дневном стационаре.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование целевого индикатора* | *Ед.измерения* | *Источник информации* | *Ответственные* | *Факт тек.год* | *План (годы)* |
| *2017* | *2018* | *2019* | *2020* | *2021* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** |
|  | *Средняя длительность пребывания на койке* | *Койко-дней* | *Отчет* | *Зам.по ОМР**Султанова К.Х.* | *9,0* | *8,7* | *8,5* | *8,0* | *7,5* | *7,0* |

***Цель 1.2. Увеличить доходы за счет внедрения ВТМУ***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование целевого индикатора* | *Ед.измерения* | *Источник информации* | *Ответственные* | *Факт тек.год* | *План (годы)* |
| *2017* | *2018* | *2019* | *2020* | *2021* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** |
|  | *Показатель доходов от ВТМУ* | *тыс. тенге* | *финансовый отчет* | *Директор –Шомиров С.С.**Заместитель директора –Ахметгалиев Б.Г..**Заместитель директора –Султанова К.Х.* | *184848,6* | *186792,0* | *196116,0* | *209845,0* | *224535,0* | *240250,0* |

***Цель 1.3. Доход за счет увеличения видов платных услуг***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование целевого индикатора* | *Ед.измерения* | *Источник информации* | *Ответственные* | *Факт текущего года**2016г.* | *План (годы)* |
| *2017г.* | *2018г.* | *2019г.* | *2020г.* | *2021г.* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** |
|  | *Внебюджетное поступление* |  *тыс. тенге* | *Расчет план финансирование* | *Директор –Шомиров С.С.**Заместитель директора ––Абдолова А.Д. Экономист –Рашева Г.Ж.* | *250131,0* | *237149,0* | *260000,0* | *278200,0* | *297675,0* | *318511,0* |

***Стратегическое направление 2 (клиенты)***

***Цель2.1.Повысить удовлетворенность населения качеством предоставления медицинской помощи***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование целевого индикатора* | *Ед.измерения* | *Источник информации* | *Ответственные* | *Факт тек.год* | *План (годы)* |
| *2017* | *2018* | *2019* | *2020* | *2021* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** |
|  | *Уровень удовлетворенности населения качеством предоставления медицинской помощи* | *%* | *анкетирование* | *Зам.директора Абдолова А.Д. Зам по.ОМР Султанова К.Х.**Зам.директора по контролю качества мед.услуг**Дахиева Г.С.* | *71* | *73* | *76* | *76* | *77* | *78* |

***Цель 2.2. Уменьшить число обоснованных обращений населения по вопросам качества оказания медицинских услуг***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование целевого индикатора* | *Ед.измерения* | *Источник информации* | *Ответственные* | *Факт тек.год* | *План (годы)* |
| *2017* | *2018* | *2019* | *2020* | *2021* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** |
|  | *Показатель обоснованных обращений населения зарегистрированные в КООЗ* | *жалоба* | *Отчет отдела качества, журнал учета жалоб* | *Зам.директора Абдолова А.Д. Зам.директора по контролю качества мед.услуг**Дахиева Г.С.* | *2* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* |

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

***Цель 3.1. Обеспечить организацию высококвалифицированными кадрами***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование целевого индикатора* | *Ед.измерения* | *Источник информации* | *Ответственные* | *Факт тек.год* | *План (годы)* |
| *2017* | *2018* | *2019* | *2020* | *2021* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** |
|  | *Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку* | ***%*** | *Отчет* | *Начальник ОК Тогизова А.* | *24,1%* | *36,4%* | *41,4%* | *46,9%* | *52,1%* | *56,7%* |
|  | *Укомплектованность кадрами* | ***%*** | *Отчет* | *Начальник ОК Тогизова А.* | *86%* | *86%* | *89%* | *92%* | *94%* | *97%* |
|  | *Текучесть клинического персонала* | ***%*** | *Отчет* | *Начальник ОК Тогизова А.* |  *5%* | *5%* | *5%* | *5%* | *5%* | *5%* |
|  | *Уровень удовлетворенности медицинского персонала* | ***%*** | *Отчет* | *Начальник ОК Тогизова А.* |  *70%* | *70%* | *79%* | *81%* | *85%* | *90%* |

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

***2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров***

*Приказом Министерства здравоохранения РК № 547 от 05.07.2015 г. и Управлением здравоохранения Атырауской области № 16 от 09.01.2018 года избран Совет директоров в следующем составе:*

1. *Председатель Совета директоров – Утепкалиев Мендыхан Мурзалиевич*
2. *член Совета директоров - Шомиров Сайн Сигуатович*
3. *член Совета директоров -Байменшин Нурлан Сериккалиевич*
4. *член Совета директоров -Конуспаев Аманжул Кадиргалиевич*
5. *член Совета директоров -Рахимова Салтанат Аскаровна*
6. *член Совета директоров -Куанышев Сайын Салимгерейұлы*
7. *член Совета директоров -Жаумбаева Амина Серікқызы*

*секретар-Утепова Гулнар*

***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 –Дахиева Гульфайруз Сайфоллаевна зам.директора*

*Члены –Дарибаева Бахытжан Елемесовна*

 *Сабикеева Айнур Зулбахаровна*

 *Основными направлениями работы СВА являются:*

* *анализ отчетов по работе клинических подразделений;*
* *анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;*
* *внедрение научных прикладных технологий;*
* *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)***

|  |
| --- |
| ***Индикаторы оценки качества оказываемой медицинской помощи для многопрофильных стационаров для взрослых*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***№*** |  | ***Числ.*** | ***Знам.*** |  | ***ПБ*** | ***ФБ*** |
| *1* | *Доля медицинских работников (МР), имеющих квалификационную категорию*  | *Число МР, имеющих квалификационную категорию \* 100* | *число всех МР*  | *числ\*100/знам* | *70% и выше -30* |  |
| *289* | *462* | *62,6* | *30* | ***0*** |
| *2* | *Показатель повторного незапланированного поступления в течение месяца по поводу одного и того же заболевания* | *Число выбывших из стационара из числа повторно госп-х \* 100* | *общее число выбывших из стационара* | *числ\*100/знам* | *0%-30; до 5%-20; 2-10%-10; выше 10%-0* |  |
| *61* | *15 058* | *0,41* | *30* | ***30*** |
| *3* | *Показатель необоснованной госпитализации* | *Число случаев необосн. госп. \* 100* | *число случаев госпитализации* | *числ\*100/знам* | *0%-30; до 5%-20; 2-10%-10; выше 10%-0* |  |
| *311* | *15 058* | *2,07* | *30* | ***20*** |
| *4* | *Показатель необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от клинических протоколов*  | *Число случаев необосн. откл. леч-диагн. мероприятий от клин-х протоколов \* 100* | *общее число выбывших из стац* | *числ\*100/знам* | *0%-30; до 5%-20; 2-10%-10; выше 10%-0* |  |
| *619* | *15058* | *4,11* | *30* | ***20*** |
| *5* | *Отсутствие случаев предотвратимой материнской смертности* | *ФП* | *ПБ* | *ФБ* | *КС* |  |
| *0* | *30* | *0* | *0,00* | ***30*** |
| *6* | *Показатель случаев расхождения основного клинического и патологоанатомического диагнозов* | *Кол-во случ. расх. диагн.\*100* | *кол-во вскрытых умерших*  | *числ\*100/знам* | *0%-20; до 40%-15; 40-70%-10; 70-100%-0* |  |
| *0* | *0* | *0* | *20* | ***20*** |
| *7* | *Доля финансовых средств, снятых за некачественное оказание медицинской помощи* | *Сумма снятия по данным экспертизы КОМУ, ККМФД \*100* | *сумма предъявленная к оплате*  | *числ\*100/знам* | *0%-30; до 5%-20; 2-10%-10; выше 10%-0* |  |
| *47133889,36* | *2099413921,0* | *2,25* | *30* | ***20*** |
| *8* | *Показатель послеоперационных осложнений* | *Число послеоперационных осложнений \* 100* | *общее число прооперированных больных* | *числ\*100/знам* | *до 3%-30* |  |
| *6* | *4956* | *0,12* | *30* | ***30*** |
| *9* | *Показатель ВБИ* | *Число случаев ВБИ\*100* | *число выбывших пациентов* | *числ\*100/знам* | *до 3%-20; выше 3%-0* |  |
| *0* | *0* | *0* | *20* | ***20*** |
| *10* | *Послеоперационная летальность* | *Количество умерших после оперативных вмешательств\* 100* | *общее число прооперированных больных*  | *числ\*100/знам* | *до 1%-30* |  |
| *34* | *4956* | *0,69* | *30* | ***30*** |
| *11* | *Летальность в стационаре*  | *Количество умерших \* 100* | *количество выбывших больных*  | *числ\*100/знам* | *до 2%-20* |  |
| *206* | *12700* | *1,62* | *20* | ***20*** |
| *12* | *Летальность при плановой госпитализации* | *Число умерших больных, поступивших в плановом порядке \* 100* | *общее число плановых больных* | *числ\*100/знам* | *до 1%-40* |  |
| *4* | *2 990* | *0,13* | *40* | ***40*** |
| *13* | *Смертность от острого инфаркта миокарда в течении 30 дней после госпитализации* | *Количество умерших от инфаркта миокарда в течении 30 дней после госпитализации\* 100* | *количество выбывших больных* | *числ\*100/знам* | *До 1% - 20* |  |
| *0* | *0* | *0,00* | *20* | ***20*** |
| *14* | *Структура исходов лечения выписанных больных в СЗТ* | *Число выбывших с исходами лечения выздоровление и улучшение\*100* | *число всего выбывших* | *числ\*100/знам* | *90% и более-30* |  |
| *2 356* | *2 356* | *100,0* | *30* | ***30*** |
| *15* | *Отсутствие обоснованных жалоб* | ***ФП*** | ***ПБ 0-30; до 3-20, 3-5 -10; от 5 - 0*** | ***ФБ*** | ***КС*** |  |
| *0* | *30* | *30* | *1,00* | ***30*** |
| *16* | *Доля принятых мер по результатам обращений в службу поддержки пациента и внутреннего контроля* | ***ФП*** | ***ПБ Выше 50% - 10*** | ***ФБ*** | ***КС*** |  |
| *100* | *10* | *10* | *1,00* | ***10*** |
| *17* | *Уровень удовлетворенности населения качеством МП по данным соцопроса* | ***ФП*** | ***ПБ выше 40%-20*** | ***ФБ*** | ***КС*** |  |
| *53,3* | *20* | *20* | *1,00* | ***20*** |
| *18* | *Наличие аккредитации медицинской организации* | ***ФП*** | ***ПБ Межд.-40; высшая-30; 1-20; 2-10; без катег.-20*** | ***ФБ*** | ***КС*** |  |
| *нет* | *40* | *0* | *0,00* | ***0*** |
| *19* | *Наличие административных взысканий по результатам внешней экспертизы* | ***ФП*** | ***ПБ Отсутс.-20*** | ***ФБ*** | ***КС*** |  |
| *0* | *20* | *0* | *0,00* | ***20*** |
| ***ИТОГО*** | ***ПБ*** | ***ФБ*** | ***КР*** |  |  |
| ***510*** |  | ***0,00*** |  | ***400*** |

*Причины не достижения:*

*1.Доля медицинских работников (МР), имеющих квалификационную категорию не достигли 70%*

*2.Не прошли аккредитацию,в связи нахождения областного кардиохирургического центра у нас в больнице.*

*3. Доля финансовых средств, снятых за некачественное оказание медицинской помощи снято 10 баллов.*

*4. Показатель необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от клинических протоколов снято 10 баллов.*

|  |
| --- |
| ***Основные статистические показатели областной больницы***  |
| ***за 12 месяца 2016-2017 гг.*** |
|  |  |  |
| *Показатель* | *Выполнение за 12 мес. 2016 г.* | *Выполнение за 12 мес. 2017* |
| *Всего выбыло больных*  | *14081* | *12807* |
| *Койко-дней*  | *131823* | *129657* |
| *Работа койки*  | *293,0* | *341,2* |
| *Средняя длительность пребывания больного на койке* | *9,4* | *10,0* |
| *Оборот койки* | *31,3* | *33,7* |
| *Оперировано больных* | *4125* | *4351* |
| *Число операции* | *4293* | *4505* |
| *Больничная летальность* | *1,8 (265)* | *1,6 (208)* |
| *Хирургическая активность* | *60,0* | *63,5* |
| *Послеоперационная летальность* | *1,0 (43)* | *0,7 (34)* |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Наименование*** | ***Факт за*** ***2015 год*** | ***Факт за*** ***2016 год*** | ***Факт*** ***2017 год*** |
| ***1*** | *Удовлетворенность пациентов*  | *75%* | *88%* | *91%* |
| ***2*** | *Удовлетворенность работников*  | *76%* | *78%* | *87%* |
| ***3*** | *Доходы за отчетный период составляют* | *1 770 208,7 тыс.тенге* | *2 697 063,0 тыс.тенге* | *2 764 095,0 тыс.тенге* |
| ***4*** | *Расходы всего за отчетный период составляют* | *1 770 208,7 тыс.тенге* | *2 697 063,0 тыс.тенге* | *2 764 095,0 тыс.тенге* |
| ***5*** | *Доходы от платных медицинских услуг* | *250 000,0 тыс.тенге* | *270 000,0 тыс.тенге* | *258 000,0 тыс.тенге* |
| ***8*** | *Количество пролеченных пациентов*  | *13266* | *14081* | *12807* |
| ***9*** | *Летальность*  | *1,6%* | *1,8%* | *1,6%* |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Наименование*** | ***Факт за******2017 год (тыс.тенге)*** |
| ***1*** | *Доходы за счет бюджета* | *1 986 417,6*  |
| ***2*** | *Доходы от платных медицинских услуг*  | *258 000,0*  |
| ***3*** | *Материально-техническое оснащение* | *777 677,4*  |

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

*Мероприятие 1.* **Увеличить доходы, за счет увеличения стоймости КЗГ (клинико-затратной группы) снижение средней длительности пребывание больного на койке, уменьшение пролеченных случаев, увеличение количества больных в дневном стационаре.**

*За 2017 год по дневному стационару пролечено-1926 больных на сумму - 81503,1 тыс.тенге, 2016 году -1846 больных на сумму -69813,2 тыс.тенге. В результате за отчетный период наблюдается увеличение количества больных в дневном стационаре.**Снижение средней длительности пребывание больного на койке 2016 год-9 койко дней, 2017 год – 7,8 койко-дней. В связи представленном отчете показано снижение средней длительность пребывание больного на койке.*

*Мероприятие 2.* **Увеличить доходы за счет внедрения ВТМУ**

*Показатель доходов от ВТМУ- за 2016 год-184848,6 тыс.тенге, за 2017 год-186795,0 тыс.тенге. Разница составляет-1946,4 тыс.тенге*

*Мероприятие 1.* **Доход за счет увеличения видов платных услуг**

*За 2017 год в Прейскурант цен на платные медицинские услуги включены диагностические исследования дорогостоящих аппаратов. В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается* ***увеличение доходов*** *от платных услуг. Так, за 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили -258000,0 тыс. тенге, в 2016 году – 250131,0 тыс. тенге.*

**4.5. Оценка эффективности использования основных средств**

 *За отчетный год доходы от платных медицинских услуг перевыполнены в сумме на 7869,0 тыс. тенге. Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 3,1%.*

 *Кроме того, в рамках договоров по добровольному медицинскому страхованию пролечено 612 больных, доход от которых в сумме составил 258000,0 тыс. тенге.*

*Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 3 022 095,0 тыс. тенге, ГОБМП -1 986 417,6 тыс. тенге (65,7%) доходы от платных услуг -258000,0 тыс.тенге (8,6%), приобретение основных средств – 777677,4 тыс.тенге (25,7%).*

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

 *Привлечение дополнительных источников финансирования:*

*Проведение диагностические исследования в дорогостоящих аппаратов.*

***РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ***

***5.****За 2017 год в Организации было пролечено 15935 пациент (в рамках ГОБМП + на платной основе), за 2016 г. – 17440, за 2015 г. – 16888 пациент.*

*Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделении в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 341,2 дней работы койки в 2017 году, (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).*

 *Доля иногородних пациентов из регионов в 2017 году составила 4,1% против 4,0 % в 2016 году. Наибольший удельный вес среди пациентов составили жители Западно Казахстанской-113-0,9%, Актобе – 92-0,7%, Южно-Казахстанской –73- 0,6%, Жамбылской –29- 0,2%, Мангистауская область-89-0,7%г, Алматы-7-0,05%, Алматинская область-36-0,3%, Кызылорда-23-0,2% областей.*

*Работа специалистов для население районов*

 *В 2017 г. было организовано 414 заочных дистанционных консультацийпо телемедицинской связи с районами, при которых было проконсультировано 602 , из них 49 были отобраны на оперативное лечение.*

 *По линии «Санитарной авиации» было осуществлено 92 вылета, 105 выездов в районы к 203 пациентам.*

***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 91% против 88% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой Организации в 2016 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 91%.*

 *С целью мониторинга состояния пациента после выписки (Follow–on) в выписном эпикризе врачами указывается дата повторного осмотра для контроля эффективности проведенного лечения и решения тактики дальнейшего ведения пациента. Также, в РГП «РЦРЗ» внесено предложение о том, что для ведения мониторинга после выписки необходимо между собой интегрировать такие программные комплексы как «РПН», «АИС», «ЭРСБ» «БГ» и предоставить доступ соответствующим медицинским организациям на данные программы.*

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

*В Организации отмечается увеличение оборота койки на 33,7%: с 32,4% в 2016 г. При этом, количество поступивших больных уменшилось на 8,2%: с 16600 поступивших больных за 2016 г, а 2017 году 15231.; уменшилось количество выписанных за 2017 г. на 8,4%, что 2017г 15129 , 16577 за 2016 г.*

*Доля пациентов, пролеченных по ВТМУ в 2017 году составила 216-1,7% ,293-2,1% в 2016 году.*

***5.4. Безопасность пациентов***

*В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:*

*проведена оценка 22 индикаторов для оценки организаций, оказывающих стационарную помощь;*

*пересмотрены 44 правила для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии с международными требованиями;*

*пересмотрены 20 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;*

*в области анестезиологии и реанимации переутверждено «Руководство по анестезии и седации», применяется 5 алгоритмов проведения манипуляций.*

*Внедрение и обеспечение трансферта современных и высокоэффективных медицинских технологий*

 *Дистанционное участие в мастер-классах, проведение семинаров по актуальным вопросам травматологии, урологии, хирургии, эндоскопической хирургии, нейрохирургических. Количество проведенных на базе Организации мастер-классов специалистов составило 22 за 2017 год. За 2017 г. было проведено 4 мастер-классов с участием зарубежных специалистов. Все мастер-классы проведены в рамках 052 бюджетной программы. Результатом данных мастер-классов является 5 акта внедрения новых методов.*

 ***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 2017 г. отсутсвие показатель ВБИ*  | *-* |

*За отчетный период разработаны проект Методики определения уровня зрелости системы внутреннего контроля и проект Регистра рисков и Карты рисков на 2017 год.*

 *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 208-летальным случаям, которые разобраны на КИЛИ имеется 12 протоколов разбора летальных случев. Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации: идентификация пациентов, вторая подпись в листах назначений, тайм-аут и т.д*

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

***6.1. Эффективность HR-менеджмента***

*Для достижения данной цели определены несколько основных задач:*

*Обучение и переподготовка специалистов:*

*За отчетный период в рамках по Республиканской бюджетной программе 005 «Повышение квалификации и переподготовка кадров государственных организаций здравоохранения» было обечено 11 специалистов. За счет собственных средств в организации обучено 12 специалистов (административных персонал: экономист, бухгалтеров, кадровики, юристы, менеджеры отдела государственного закупа, техник-программист).*

*В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 151 сотрудников Организации, что составляет 28% от общего числа всех сотрудников, из них врачи –52, СМР – 87, АУП – 12;*

*За отчетный период составляет квалификационные категории врачей -89, из них высшая категория –38, первая категория – 30, вторая категория – 21;*

*Повышение квалификации за рубежом прошли 6 врачей в России,Литве,Польше и Амстердаме.*

*Начиная с 2016 года в Атырауской областной больнице внедрено обучение молодых специалистов в резидентуре за счет средств больницы.*

*На данный момент больница обучает 10 резидентов,специальности которых были включены как дефицит кадров такие как:*

*врач челюстно-лицевой хирургии.*

*врач-пульмонолог.*

*врача кардиолога-2.*

*врач нефролог.*

*врач неролог.*

*врача анестезиолога-3.*

*врач-уролог.*

*За отчетный период уровень удовлетворенности персонала 2016 г. –91%; 2017 г. –92.9%). Текучесть кадров за отчетный год составляет 12 %*

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

*В Организации особое внимание уделяется профессиональному развитию медицинских сестер, включая расширение их прав и полномочий, улучшение клинических навыков и этического поведения.*

*За отчетный период составляет квалификационные категории медицинских сестер -191, из них высшая категория –130, первая категория – 33, вторая категория – 28;*

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

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

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

 *Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:*

*Разработани и внедрены дифференцированной бонусной системы оплаты труда.*

*Решением комиссии утверждено Положение об оплате труда №689 приказа МЗ РК от 10 ноября 2009года с дифференцированной системой оплаты труда. Определен механизм распределения фонда оплаты труда по уровням сложности операций и другим критериям для всех работников Организации. Решением комиссии утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты работникам.*

*Совершенствование дополнительных форм материального и морального поощрения работников (стимулирование).*

*Решением комиссии в Правилах расчета дифференцированной доплаты работникам Организации внесены изменения и дополнения, в частности, врачебному персоналу увеличены размеры оплаты участия в одной операции и за ведение больного, также внесены изменения и дополнения в повышающие и понижающие критерии оценки деятельности работников Организации.*

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

*Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:*

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

*За отчетный период проведены 4 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Дня медицинского работника», «Дня независимости», проведение Спартакиады приуроченная к 50- летию Атырауской областной больницы среди медицинских работников учреждений по области.*

 *Проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами Организации в честь празднования 50-летия Атырауской областной больницы, втом числе было организовано мероприятие празднования Юбилея больницы в Доме культуры имени Курмангазы, где шествовали ветераны труда в сфере Здравоохранения, вручены награды работникам больницы Министерством Здравоохранения Республики Казахстан медалью* ***«Денсаулық Сақтау ісінің үздігі»-****5 человек, награждены грамотами* ***«Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Құрмет грамотасы»****-5 человек, награждены медалью* ***«Қазазқстан Республикасының Денсаулық сақтау ісіне қосқан үлесіне»*** *-2 человека.*

 *Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило- 120, из них по достижению пенсионного возрасто- 25,из них АУП –5, врачи – 12, СМР – 54, ММП – 44, прочие (в т.ч. хоз.персонал – 5).*

***6.4 Управление рисками***

*В ходе своей деятельности может столкнуться с возникновением ряда рисков (обстоятельств, которые могут помешать достижению целей) или внешних факторов, не поддающихся контролю со стороны Министерства, которые могут препятствовать достижению целей Стратегического плана.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Наименование возможного риска* | *Цель на которую может повлиять данный риск* | *Возможные последствия в случае непринятия мер по устранению риска* | *Запланированные мероприятия по управлению рисками* | *Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками* | *Причина неисполнения* |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| ***Внешние риски*** |
| *Массовое развитие различных травм и болезней (в том числе инфекционных) вследствие техногенных, и экологических катастроф (бедствий)* | *Цель 1.1.**Цель 1.2.* | *Развитие социальной напряженности населения* | *Информационно-разъяснительная работа среди населения. Своевременное оказание медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации* | *Информационно-разъяснительная работа среди населения. Своевременное оказание медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации* | *Контроль и качество работы врачей и СМР* |
| *Могут произойти изменения по разным причинам( переход на новую модель-страховая медицина) изменение протоколов, изменение в кадровом составе.* | *Цель 3.1* | *Неудовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, жалобы в ККМУ*  | *Постоянное обучение врачей и СМП как профессионально , так и алгоритмам сервиса, разъяснительная работа с населением по проводимым реформам в здравоохранении (мед.страховании)* | *Постоянное обучение врачей и СМП как профессионально , так и алгоритмам сервиса, разъяснительная работа с населением по проводимым реформам в здравоохранении(мед.страховании)* | *Низкое качество работы врачей и СМР* |
| ***Внутренние риски*** |
| *Отток медицинских кадров в связи с низким уровнем заработной платы медицинских работников* | *Цель 3.1*  | *Снижение количества квалифицированных кадров* | *Дальнейшее совершенствование дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат. Совершенствование методов управления. предупреждения жалоб. Предупреждающие и корректирующие действия. Совершенствование системы мотивации персонала.* | *Дальнейшее совершенствование дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат. Совершенствование методов управления. корректирующие действия. Совершенствование системы мотивации персонала.* | *Отток врачебных кадров в частный сектор и другие стационары* |
| *Понижение категорированности* *за счет притока молодых специалистов и отсутствия мотивации на усовершенствование у персонала пенсионного возраста* | *Цель 3.1* | *Понижение категорированности медицинского персонала*  | *Приоритет на привлечение молодых специалистов, внеплановое обучение, перспектива получения категории в ближайшее время, а также преимущество при  трудоустройстве лицами, имеющими  опыт и категорию.* | *Приоритет на привлечение молодых специалистов, внеплановое обучение, перспектива получения категории в ближайшее время, а также преимущество при  трудоустройстве лицами, имеющими  опыт и категорию.* | *Невыпол-нение контроля над катего-рирован-ностью медицин-ского персонала* |
| *Обоснованные жалобы*  | *Цель 2.2.* | *Неудовлетворенность пациентов качеством медицинскойк помощи, жалобы в ККМУ* | *Работа с персоналом, внутреннее обучение вопросам поведения в конфликте, способы разрешения жалоб. Алгоритм предупреждения жалоб. Предупреждающие и корректирующие действия. Совершенствование системы мотивации персонала.* | *Работа с персоналом, внутреннее обучение вопросам поведения в конфликте, способы разрешения жалоб. Алгоритм предупреждения жалоб. Предупреждающие и корректирующие действия. Совершенствование системы мотивации персонала.* | *Недостаточная профилактическая работа по  возникновению жалоб* |

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

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

* *обучению сотрудиков больницы безопасности и охраны труда;*
* *проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда;*
* *проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 6 сотрудникам);*
* *организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 365 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);*

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

***РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ***

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

*В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:*

*проведена оценка 22 индикаторов для оценки организаций, оказывающих стационарную помощь;*

*пересмотрены 44 правила для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии с международными требованиями;*

*пересмотрены 20 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;*

*в области анестезиологии и реанимации переутверждено «Руководство по анестезии и седации», применяется 5 алгоритмов проведения манипуляций.*

*Внедрение и обеспечение трансферта современных и высокоэффективных медицинских технологий*

 *Дистанционное участие в мастер-классах, проведение семинаров по актуальным вопросам травматологии, урологии, хирургии, эндоскопической хирургии, нейрохирургических. Количество проведенных на базе Организации мастер-классов специалистов составило 22 за 2017 год. За 2017 г. было проведено 4 мастер-классов с участием зарубежных специалистов. Все мастер-классы проведены в рамках 052 бюджетной программы. Результатом данных мастер-классов является 5 акта внедрения новых методов.*

*осуществлен проект по снижению рисков (FMEA) на тему: «Снижение риска процедурных кабинетов, путем создания Отдела госпитальной фармации, включающего группы клинической фармакологии, фармации, аптеки (склада);*

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

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

 *За 2017 год наблюдается увелечение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 9,4 дней в 2016 г. до 10 в 2017 г. при плане 10,5 дней за 2017 г.*

 *Отмечается увеличение оборота койки на 7,7%: с 31,3 в 2016 г. до 33,7 в 2017 г., при плане 32,4 в 2017г..*

*При этом, количество поступивших больных уменчилось на 8,2%: с 16600 поступивших больных за 2016 г. 15231 в 2017 г.; уменшилось количество выписанных за 2017 г. на 8,4%, что составляло 15129 против 16577 за 2016 г.*

*Доля пациентов, пролеченных по ВТМУ в 2017 году составила 216-1,7% ,293-2,1% в 2016 году.*

*За 2017 год наблюдается снижение показателей госпитальной летальности с265-1.8%, в 2016 г. до 208-1.6% в 2017 г. Также отмечается снижение послеоперационной летальности с 43-1% в 2016 г. до 34-0.7% в 2017 г.*

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

 *В Организации в области лекарственной безопасности переутверждены «Руководство по использованию лекарственных средств», «Руководство по антибиотикопрофилактике» (приказ Председателя Правления № 9-8 от 15.05.2015 г. «О внесении изменений и дополнений в приказ № 10-02/28 от 17.02.2015 года»).*

*Заявки собираются по отделениям ,централизуются и составляется общая заявка по больнице.*

*в больнице имеется аптечный пункт .склады куда централизованно поступают лекарственные средства и медизделия, Согласно требованиям выдаются по отделениям.( в аптеке и в отделениях соблюдается температурный режим)*