Утверждаю

Директор КГП на ПХВ

«Поликлиника №7 г. Семей»

Управления здравоохранения ВКО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ж.Молдагалиева

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**ГОДОВОЙ ОТЧЕТ**

**о деятельности**

**КГП на ПХВ «КДЦ г.Семей» УЗ ВКО**

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

**за 2018 год**

**г.Семей, 2019 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. Отчет об изменениях в капитале

4.4. Отчет о движении денежных средств

4.5. Оценка эффективности использования основных средств

4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов

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

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

5.4. Безопасность пациентов

5.5. Управление рисками в работе с пациентами

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

6.1. Основные показатели эффективности HR-менеджмента: обучение и переподготовка ключевых специалистов, текучесть кадров (по всем категориям), удовлетворенность работников условиями труда

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

6.3. Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)

6.4. Управление рисками в работе с персоналом

**РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная

и/или международная)

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

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

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

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

**1.1 Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг**

**Миссия**

Оказывая медицинские услуги на основе доказательной медицины, мы помогаем сохранить и восстановить здоровье для повышения качества жизни населения Восточного региона.

**Видение**

Устойчивая, конкурентоспособная медицинская организация с привлекательным имиджем, соответствующая требованиям международных стандартов и рыночной экономики, оказывающая широкий спектр медицинских услуг на основе пациентоориентированности, качества и безопасности.

Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Поликлиника №7 г. Семей» Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области (далее – Поликлиника) является юридическим лицом, предоставляющим ПМСП прикрепленному населению и специализированную медицинскую помощь по 32 специальностям, в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" от 18 сентября 2009 года № 193-IV.

**Историческая справка**

1. Базовая организация – КДЦ г.Семей, был создан в ноябре 1989 года, благодаря Государственной программе по ликвидации последствий многолетних испытаний ядерного оружия на СИЯП. На протяжении многих лет КДЦ являлся одним из ведущих медицинских учреждений в оказании специализированной консультативно-диагностической помощи населению региона.
2. В связи с переименованием города Семипалатинск в город Семей Указом Президента Республики Казахстан от 21 июня 2007 года № 351, Семипалатинский КДЦ г.Семей переименован в КГП на ПХВ «КДЦ г.Семей».
3. С апреля 2011 года предприятие именуется КГП на ПХВ «КДЦ г.Семей» УЗ ВКО Акимата.
4. В 2019 году в связи с изменением номенклатуры медицинских организаций РК КДЦ г.Семей был преобразован в КГП на ПХВ «Поликлиника №7 г.Семей» УЗ ВКО.

Поликлиника располагает необходимыми нормативно-правовыми документами для ведения медицинской деятельности без ограничения срока на право ведения медицинской деятельности:

1. Государственная лицензия на медицинскую деятельность № 002949DF от 09.01.2019 года, выданная лицензиаром ГУ "Управление здравоохранения Восточно-Казахстанской области»
2. Справка о государственной перерегистрации Коммунального государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Поликлиника № 7 города Семей» управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области (БИН 990340001914) от 03.01.2019 года.
3. Устав от 03.01.2019 года. Номер первичной государственной регистрации 2994-1917-27-ГП
4. Устав Поликлиники №7 г.Семей;
5. Пакет внутренних нормативных документов;
6. Профессиональные стандарты.

Поликлиника оказывает:

* медицинские услуги по договорам субподряда;
* медицинские услуги по гарантированному объему;
* платные медицинские услуги;
* медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования;
* медицинские услуги по прямым договорам.

Поликлиника проводит полный комплекс консультативной, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи взрослым и детям по 32 специальностям. Имеет плановую мощность 300 посещений в смену, оснащена современной аппаратурой, позволяющей проводить магнитно-резонансное обследование, маммографию, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические и другие информативные исследования, а также имеет возможности для функциональной и лабораторной диагностики.

 В Поликлиника №7 г.Семей функционируют следующие отделы и отделения:

**Централизованная лаборатория**

* клиническая биохимия,
* клиническая иммунология,
* гистология,
* гематология,
* гормональные исследования.

**Отделение цитоморфологии**

* Исследования биопсийного материала,
* Онкоцитологические исследования,
* Выявление патологической микрофлоры.

**Отделение функциональной диагностики**

* ЭКГ
* Эхо-КГ
* НСГ
* Эхо-ЭГ
* Холтеровское мониторирование ЭКГ и СМАД
* Тредмил-тест
* Спирография
* УЗДГ сосудов нижних и верхних конечностей

**Отделение ультразвуковой диагностики**

* УЗИ-исследования органов малого таза
* УЗИ гепато-билиопанкреатической области
* УЗИ брюшной полости
* УЗИ щитовидной железы
* Узи молочных желез
* УЗИ мягких тканей
* УЗИ лимфотических узлов
* УЗИ плевры и плевральной полости

**Отделение эндоскопии**

* ФГДС
* ФЭГДС
* бронхоскопия
* колоноскопия
* эндовидеоректороманоскопия
* видеоректосигмоидоскопия

**Отделение лучевой диагностики**

* КТ
* МРТ
* рентген
* маммография
* флюорография

**Отделение Терапии № 1**

* Консультации специалистов терапевтического профиля
* Дневной стационар на 20 коек

 **Отделение Терапии № 2**

* Консультации специалистов хирургического профиля
* Центр амбулаторной хирургии
* Передвижной медицинский комплекс №1 и №2

**Отделение педиатрии**

* Консультации специалистов педиатрического профиля

**Отделение общей врачебной практики**

* Первичная медико-санитарная помощь прикрепленному населению.

**Интегрированная система менеджмента качества ИСМК**

**Техническая служба, хозяйственно-обслуживающая часть и вспомогательные службы**

Всеми подразделениями обеспечивается бесперебойная работа Поликлиники по оказанию медицинских услуг населению региона.

В Поликлинике работают более 400 сотрудников.

В настоящее время Поликлиника продолжает развивать и совершенствовать свою работу при поддержке МИО и Управления здравоохранения области.

Работа осуществляется высококвалифицированными специалистами, среди которых есть доктор медицинских наук и кандидаты медицинских наук. Специалисты Поликлиники прошли и проходят повышение квалификации, переподготовку и стажировку не только в казахстанских учреждениях по повышению квалификации, но и за рубежом – в России, Японии, Франции, Испании, Италии, Финляндии и других странах.

Поликлиника нацелена на улучшение медицинского обслуживания и обследования пострадавшего населения Семипалатинского региона, с применением международного опыта. Поликлиника осуществляет международную деятельность, развивает международное сотрудничество с медицинскими и научными институтами разных стран, привлекает гранты и изыскивает возможности обучения специалистов Поликлиники современным медицинским технологиям.

Сотрудники Поликлиники принимают участие в научно-практических конференциях, как в городских, так и в республиканских и международных. Врачи Поликлиники публикуют свои научные работы в медицинских журналах как в Республике, так и за рубежом.

В 2019 году пересмотрены идентификационые коды подразделений.

**Коды подразделений КГП на ПХВ «КДЦ г.Семей» УЗ ВКО на 2019 год**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **КОД** | **ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ** | **Сокращенное название** |
| **01** | **Администрация** |  |
| **01.01** | Директор  | ВСР |
| **01.02** | Заместитель директора по медицинской части | ЗДМЧ |
| **01.03** | Заместитель директора по экономическим вопросам  | ЗДЭ |
| **01.03.**01 | Бухгалтерия | Бухг |
| **01.03.**02 | Отдел гос.закупок | ОГЗ |
| **01.03.**03 | Плановый отдел | ПлО |
| **01.03.**04 | Техническая служба | Тех |
| **01.03.**05 | Хозяйственная часть | ХЧ |
| **01.04** | Сестринская служба | ССл |
| **01.05.**01 | Секретарь-референт | СРеф |
| **01.05.**02 | Переводчик казахского языка | ПКяз |
| **01.06** | Юрисконсульт | ЮКон |
| **01.07.**01 | Безопасность и охрана труда  | БиОТ  |
| **01.07.**02 | Пожарная безопасность | ПБ  |
| **01.08.**01 | Служба ЗОЖ | ЗОЖ |
| **01.08.**02 | Гражданская оборона и чрезвычайные ситуации | ГО и ЧС |
| **02** | **Менеджмент качества и управление человеческими ресурсами** |  |
| **02.01** | Представитель руководства по качеству | ПРК |
| **02.02** | ИСМК и внутренний аудит | ИСМК и ВА |
| **02.03** | Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля | СПП и ВК |
| **02.04** | Служба HR-менеджмента  | HR |
| **Диагностический блок** |
| **03** | **Отделение эндоскопии** | Энд |
| **04** | **Отделение функциональной диагностики** | ОФД |
| **05** | **Отделение ультразвуковой диагностики** | УЗД |
| **06** | **Отделение лучевой диагностики и реанимация** | ОЛД и Р |
| **Консультативно-лечебный блок** |
| **07** | **Терапевтическое отделение** | ТО |
| **07.01** | Терапия № 1 | Т-1 |
| **07.02** | Дневной стационар | ДнСт |
| **07.03** | Терапия № 2 | Т-2 |
| **07.04** | Центр амбулаторной хирургии | ЦАХ |
| **07.05** | Передвижной медицинский комплекс №1 и №2 | ПМК  |
| **08** | **Отделение общей врачебной практики**  | ООВП |
| **08.01** | Отделение общей врачебной практики (Руководство) |  |
| **08.02** | Участковая служба |  |
| **08.03** | Неотложная помощь |  |
| **08.04** | Школьная медицина |  |
| **08.05** | Социально-психологическая служба |  |
| **08.06** | Аптека АЛО |  |
| **08.07** | Психиатрическая и наркологическая служба |  |
| **08.08** | Регистратура ООВП  |  |
| **09** | **Педиатрическое отделение** | Педиатрия |
| **10** | **Отделение платных медицинских услуг.** | ОПМУ |
| **10.01** | Отделение платных медицинских услуг. |  |
| **10.02** | Медицинская реабилитация. |  |
| **11** | **Централизованная медицинская лаборатория** | ЦМЛ |
| **12** | **Цитоморфологическая лаборатория** | ЦитМЛ |
| **13.01** | Комиссия инфекционного контроля | КИК |
| **13.02** | Централизованное стерилизационное отделение | ЦСО |
| **14** | **Аптека ГОБМП и ПМУ** | Апт |
| **15** | **Регистратура ГОБМП** | Рег |

В 2016 году Система менеджмента качества (СМК) Поликлиники прошла оценку и регистрацию уполномоченной организацией SGS Казахстан на соответствие требованиям стандарта ISO 9001:2009. Получен Сертификат соответствия системы менеджмента качества требованиям СТ РК ИСО 9001-2009 «Система менеджмента качества» (***Приложение 1***). При переименовании в Поликлинику планируется сертификация на соответствие системы менеджмента качества требованиям СТ РК ИСО 9001-2009 «Система менеджмента качества».

Компьютерный парк Поликлиники насчитывает свыше 200 компьютеров.

Доступ к глобальной сети Интернет в Поликлинике организован посредством высокоскоростного DSL-канала от Транстелеком провайдера на скорости 16 Мбит/сек.

Поликлиника имеет свой информационный сайт - <http://diagnose.kz>

Поликлиника располагает возможностями для медицинского обслуживания работающих, которое осуществляется доверенным врачом-терапевтом и в дневном стационаре. Один раз в год все сотрудники Поликлиники проходят профосмотр.

 В Поликлинике проводится оздоровление сотрудников, в том числе: бесплатное посещение бассейна при поддержке проф.союза, проводится санитарно-просветительная работа по профилактике обострения хронических заболеваний, ежегодная вакцинация, выдается бесплатное молоко для групп риска.

Все структурные подразделения Поликлиники обеспечены нормативно-правовой, методической документацией, специальной литературой и периодическими изданиями (газетами, журналами).

**1.2 Стратегия развития (стратегические цели)**

Организация работает по 4 стратегическим направлениям:

1. Улучшение доступности качественных медицинских услуг

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

Цель 2: Эффективный менеджмент.

2. Повышение эффективности деятельности

Цель: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг в Семейском регионе

3. Развитие кадрового потенциала

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

Цель 2: Научно-инновационная деятельность, конкурентоспособная на международном уровне.

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

.

 **РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

**Состав и деятельность Службы внутреннего аудита**

Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля (СППиВК) осуществляет деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации и наделенное соответствующими полномочиями в соответствии с утвержденной должностной инструкцией и Положением о Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля. В Поликлинике организован Совет пациентов.

Руководитель Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля – Жумагегельдинова М.К.

 Основными направлениями работы СПП и ВК 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 обращений пациентов по отделениям.

 **4.1. Ключевые показатели деятельности**

Формирование пула из высококвалифицированных кадров

**Обеспечение организации кадровыми ресурсами на 01.01.2019г.**

 В целях обеспечения организиции кадровыми ресурсами и своевременного повышения квалификации и категорированности медицинских работников ежегодно на начало года составляется план подготовки и переподготовки врачей и средних медицинских работников .

За последние 5 лет не прошедших обучение нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| специалисты | **Запланировано на 2018г. усовершенствование** | **Прошли обучение за 2018г.** | **%** | **Участие в конференции, мастер-классах** **2018г.** |
| Врачи - 109 | 63 | 59 | 48 | 8 |
| СМП - 185  | 105 | 110 | 52 | 2 |

Средние медицинские работники прошли обучение на базе ГМК г.Семей им. Д. Калматаева .

**2. Текучесть кадров**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **специалисты** | **На начало 2018г.** | **прибыло** | **Из них молод.****Специа****листов** | **выбыло** | **Кол-во специалистов на 01.01.2018г.** | **Причина увольнения** |
| врачи | 109 | 5 |  | 5 | 109 | с\ж |
| СМП | 185 | 9 |  | 10 | 184 | с\ж |

 На 2017г. организация обеспечена на 100% специалистами согласно видам медицинской деятельности, заявленной в лицензии.

**Исполнение плана повышения квалификации и категорированности медицинских работников КДЦ г.Семей**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Специалисты** | **всего** | **Имеют квалификационную категорию** | **Высшая категория** | **Первая****категория** | **вторая категория** | **Серти****фикат специалиста без катего****рии**  | **Прошли плановую аттестацию на квалификационную категории согласно плана**  |
| к-во | % | к-во | % | к-во | % |
| Врачи | 109 | **77 чел –71%** | 50 | 46% | 15 | 14% | 12 | 11% | 32(23%) |   |
| СМП | 184 | **128 чел 70%** | 93 | 51% | 23 | 12% | 12 | 7% | 56 (30%) |   |

Удельный вес ВОП – 12%

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2018 год** | **Факт за****2018 год** | **Сведения о достижении**  |
| **5** | Текучесть кадров  | не более 20% | 18,5% | Достиг |
| **6** | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 70% | 87% | 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 на****2017 год\*** | **Факт за****2017 год** | **Факт за** **2018 год** | **Сведения о достижении** |
| 6 | Доля доходов от платных услуг | не менее  |  |  | Достиг |

Причины не достижения:

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

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

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 9 индикаторов наблюдается достижение 8 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за** **2017 год** | **Факт за** **2018 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Удовлетворенность пациентов | 95% | 96,7% | 95% | Достиг |
| **2** | Показатели ВБИ | не более 2% | 0% | 0% | Достиг |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Причины не достижения:

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

**Цель 4: Эффективный больничный менеджмент**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за****2017 год** | **План на 2018** | **Факт****2018 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Уровень компьютеризации рабочих мест | 90% | 90% | 95% | 98% | Достиг |
| **2** |  |  |  |  |  |  |

Причины не достижения:

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

**Основные медико-экономические показатели**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Факт за** **2017 год** | **Факт за** **2018 год** |
| **1** | Удовлетворенность пациентов  | 94% | 96% |
| **2** | Удовлетворенность работников  | 74% | 78% |
| **8** | Количество посещений  | 193851 | 200674 |
|  | Пролечено в Дневном стационаре | 2398 | 2164 |
|  | Количество койко-дней | 12126 | 10844 |

**Структура прикрепленного населения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | 2017 год | 2018 год |
| Количество населения, из них | 25226 | 28176 |
| Взрослых | 19347 | 21779 |
| детей | 5406 | 5507 |
| Дети до года | 390 | 341 |
| подростки | 661 | 890 |

 **Демографические показатели**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **2017 год** | **2018 год** |
| **Количество населения, из них:** | 25226 | 28079 |
| **Взрослых** | 19347 | 21779 |
| **Детей** | 5406 | 5507 |
| **Дети до года** | 390 | 341 |
| **Подростки** | 661 | 890 |
| **Женщин фертильного возраста** | 6312 | 6348 |
| **Родилось** | 421 | 370 |
| **Рождаемость** | 16,6 | 13,1 |
| **Умерло всего** | 197 | 216 |
| **Смертность на 1000 населения** | 7,8 | 7,7 |
| **Умерло от БСК** | 34 | 24 |
| **Смертность от БСК на 100 000 населения** | 134,7 | 85,4 |
| **Умерло детей до 1 г, из них :** | 2 | 0 |
| **На дому**  | - | 0 |
| **Младенческая смертность** (на 1000 родившихся живыми) | 4,9 | 0 |
| **Первичный выход на инвалидность** | 20 | 20 |
|  **На 1000 населения** | 1,03 | 1,03 |
| **Общее количество посещений** | 87178 | 72642 |
| **Из них на дому** | 11230 | 17354 |
| **Посещение к семейным врачам** | 65024 | 60369 |
| **Из них на дому** | 10959 | 15992 |
| **Объем помощи на дому** | 17,3% | 23,8% |
| **Посещения на 1 жителя** | 3,4 | 2,5 |
| **Количество участков** | 11 | 18 |
| **Количество населения на 1ом участке** | 2300 | 1750 |
| **Посещения по заболеваемости** | 53680 | 52237 |
| **Посещение по заболеваемости** | 61,6 | 42,2 |
| **Посещения с профилактической целью** | 22394 | 20405 |
| **Посещения с профилактической целью** | 26,8 | 28 |
| **Количество диспансерных больных** | 6838 | 8702 |
| **Количество диспансерных больных на 1000 населения** | 381 | 308 |
| **Взято на «Д» учет**  | 962 | 1572 |
| **Снято с «Д» учета** | 768 | 1059 |
| **Заболеваемость общая** на 1000 населения | 895,7 | 917,4 |
| **Заболеваемость первичная на 1000 населения** | 376,7 | 445,6 |
| **Количество заболевших туберкулезом впервые** | 5 | 9 |
| **План проф.осмотров на туберкулез** | 11869 | 11307 |
| **Осмотрено** | 98% | 99,1% |
| **План выполнения проф.прививок** | 99% | 99% |

**1.2 Динамика естественного движения населения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Движение населения** | **12 мес. 2017 год** | **12мес. 2018** |
| **Абс.** | **%0****(на 1000 нас.)** | **Абс.** | **%0****(на 1000 нас.)** |
| **Родилось** | 421 | 16,7 | 370 | 13,1 |
| **Умерло** | 197 | 7,8 | 116 | 4,1 |
| **Естественный прирост** | 224 | 8,8 | 254 | 9,01 |

**Отчет по акушерству и гинекологии за 12 мес.2017г «КДЦ Г.Семей»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование** | **2017год** | **2018год** |
| Взято на учет беременных | 365 | 358 |
| В том числе до 12 нед. беременности | 322 | 322 |
| Срочные роды  | 332 | 312 |
| Преждевременные роды  | 17 | 20 |
| Кесарево сечение  | 43 | 62 |
| -плановые | 13 | 32 |
| Выявлен сифилис беременных | 0 | 2 |
| Беременные с высоким фактором риска | 16 | 23 |
| Беременные с абс.п/п к вынашиванию беременности | 1 | 5 |
| Кол-во живорожденных детей | 339 | 335 |
| МРЖ | 2 | 2 |
| Преэклампсии тяжелой степени | 3 | 2 |
| Эклампсия | - | - |
| Роды у подростков | - | - |
| Мед.аборты: | 8 | 16 |
| медицинские | 8 | 15 |
| мини | - | - |
| По соц.показаниям | - | - |
| По мед.показаниям | 3 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **2017 год****Прочие акушерские осложнения:****О21** рвота -5**О25** недостат. питание беременных- 5**О26** Ожирение- 7**О28****О36** Rh иммунизация- 4* Водянка плода
* Внутриутробная гибель-1
* Гипотрофия- 2
* Крупный плод- 8

**О42** преждевременный разрыв оболочек- 13**О42** плацентарные нарушения плаценты-18**О47** ложные схватки 12**Прочие экстрагенитальные заболевания:** **О98.1** Сифилис**О98.2** Гонорея**О98.3** ИППП-3**О98.5** Вирусные инфекции- 26**О98.6** Инфекции-4**О98.8, О98.9** неуточненные инфекции- 3**О99.1** другие болезни крови - 3**О99.7** болезни кожи и подкожной клетчатки -5**О99.8** другие болезни-3 | **2018 год****Прочие акушерские осложнения:****О21** рвота -13**О25** недостат. питание беременных- 1**О26** Ожирение- 24**О28****О36** Rh иммунизация- 2* Водянка плода 0
* Внутриутробная гибель-1
* Гипотрофия- 3
* Крупный плод- 26

**О42** преждевременный разрыв оболочек- 24**О42** плацентарные нарушения плаценты-4**О47** ложные схватки 39**Прочие экстрагенитальные заболевания:** **О98.1** Сифилис 2**О98.2** Гонорея 0**О98.3** ИППП-0**О98.5** Вирусные инфекции- 0**О98.6** Инфекции-0**О98.8, О98.9** неуточненные инфекции- 0**О99.1** другие болезни крови - 1**О99.7** болезни кожи и подкожной клетчатки -0**О99.8** другие болезни-0 |

**Отчет о динамическом наблюдении женщин фертильного возраста**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название медицинской организации (или региона) | 2017г | 2018г |
| Количество населения всего | 25226 | 28176 |
| Количество женского населения | Абсолютное число | 13945 | 15968 |
|  | % от всего населения | 55,2% | 56,7% |
| Количество женщин фертильного возраста | Абсолютное число | 6562 | 6348 |
| % от количества ЖФВ | 47,0% | 39,8% |
| Из них охвачено контрацепцией | Абсолютное число | 4653 | 4650 |
| % охвата контрацепцией (от пункта 4) | 70% | 73,3% |
| Количество женщин в группе 1Б (здоровые) | Абсолютное число | 4974 | 3718 |
| % в структуре ЖФВ (от пункта 4) | 75,0% | 58,6% |
| Из них охват контрацепцией женщин группы 1Б | Абсолютное число | 4009 | 3106 |
| % охвата контрацепцией группы 1Б (от пункта 6) | 61,0% | 83,5% |
| Количество женщин в группах наблюдения 2Б, ЗБ, 4Б (с ЭГЗ и гинекологическими заболеваниями) | Абсолютное число | 468 | 389 |
| % в структуре ЖФВ (от пункта 4) | 7,1% | 6,1% |
| Из них охват контрацепцией женщин групп наблюдения 2Б, ЗБ,4Б | Абсолютное число | 384 | 299 |
| % охвата контрацепцией группы 2Б, ЗБ, 4Б(от пункта 8) | 5,0% | 4% |
| Количество женщин в группе наблюдения 2В | Абсолютное число | 234 | 40 |
| % в структуре ЖФВ (от пункта 4) | 0,5% | 0,6% |
| Из них охват контрацепцией женщин группы наблюдения2В | Абсолютное число (в том числе ВМС) | 29 | 35 |
|  | % охвата контрацепцией группы 2В (от пункта 10) | 85,3% | 87,5% |
| Количество женщин в группе наблюдения 5 | Абсолютное число | 16 | 16 |
| % в структуре ЖФВ (от пункта 4) | 0,24% | 0,25% |
| Из них охват контрацепцией женщин группы наблюдения5 | Абсолютное число (в том числе ВМС) | 7 | 15 |
| % охвата контрацепцией группы 5 (от пункта 12) | 44% | 93,8% |
| Количество женщин в группах наблюдения 1А,2А,ЗА,4А | Абсолютное число | 470 | 1607 |
| % в структуре ЖФВ (от пункта 4) | 7,4% | 25,3% |
| Из них охват контрацепцией женщин групп 1А,2А,ЗА,4А | Абсолютное число | 147 | 372 |
| % охвата предгравидарной подготовкой женщин групп 1А,2А,ЗА,4А (от пунктата 14) | 31,2% | 23,1% |
| Количество обследованных ЖФВ терапевтами, ВОП,педиатрами за отчетный период всего,в том числе: | 5937 | 5656 |
| - количество выявленных женщин с экстаргенитальными заболеваниями; | 496 | 418 |
| - количество выявленных женщин с экстаргенитальными заболеваниями , являющимися противопокозаниями к беременности; | 32 | 39 |
| - количество выявленных женщин из группы социального-риска | 5 | 4 |
| Количество обследованных ЖФВ врачами акушер — гинекологами за отчетный период всего, в том числе: | 3881 | 5283 |
| — количество выявленных женщин с гинекологическими заболеваниями; | 14 | 14 |
| —количество взятых на учет по беременности женщин с экстрагенитальными заболеваниями; | 20 | 10 |
| —количество взятых на учет по беременности женщин с экстрагенитальными заболеваниями,являющимися противопокозаниями к беременности; | 0 | 1 |
| - количество родильниц с экстрагенитальнымизаболеваниями,являющимися противопокозаниями к беременности, из них: | 1 | 2 |
| - охвачено контрацепцией (в том числе ВМС) | 22 | 33 |
| Состоит всего беременных с ЭГЗ,являющихся протвопокозаниями на конец периода | 1 | 1 |

**Показатели по работе педиатрической службы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Показатели** | **2017****количество** | **%** | **2018****количество** | **%** |
| **1** | Численность детского населения всего в т.ч до 1 года | 5136/337 |  | 5406/390 |  |
| **2** | Число педиатрических участковых педиатров (ВОП) | 11 | 100 | 18 | 100 |
| **3** | Число педиатрических участков (укомплектованность) | 11 | 100 | 3 | 100 |
| **4** | Поступило новорожденных под наблюдением | 421 |  | 370 |  |
| **5** | Посещены врачом в первые 3 дня | 309 | 73,3 | 367 | 99,1 |
| **6** | Посещены м/с в первые 3 дня | 309 | 73,3 | 367 | 99,1 |
| **7** | Дородовые патронажи | 397 | 94,2 | 420 | 94,5 |
| **8** | Число детей достигших 1 года | 363 |  | 327 |  |
| **9** | Систематичность наблюдения |  |  |  |  |
|  | Находились на грудном вскармливании |  |  |  |  |
|  | А) до 3 мес | 412 | 97,8 | 80 | 91,3 |
|  | Б) до 6 мес | 405 | 96,1 | 151 | 89,5 |
|  | В) до 1 года | 390 | 92,6 | 360 | 67,0 |
|  | Г) свыше 1 года | 310 | 73,6 | 237 | 63,0 |
| **10** | Принято всего с узкими специалистами в т. ч по поводу заболевании |  |  |  |  |
| **11** | Остались к году жизни | 363 |  | 327 |  |
|  | А) с расстройствами питания | 14 |  | 10 |  |
|  | Б) с активным рахитом | 4 |  | 0 |  |
|  | В) с анемией | 32 |  | 15 |  |
|  | Г) дисбактериоз | 30 |  | 5 |  |
| **12** | Количество недоношенных | 25 |  | 2 |  |
| **13** | Врожденные уродства | - |  | 0 |  |
| **14** | Родовые травмы | - |  |  |  |
| **15** | Двойни | 3 |  | 4 |  |
| **16** | Внутриутробная гипотрофия | 4 |  |  |  |
| **17** | Всего посещений детей на приеме в т.ч по заболеванию | 18952/11306 |  | 31522 |  |
|  | - диспансеризация | 569 |  | 740 |  |
|  | - прививки | 9240 |  | 8331 |  |
|  | - проф. осмотры | 6164 |  | 9245 |  |
| **18** | Посещение на дому в т. ч по заболеванию | 6559/5421 |  | 22277 |  |
|  | - активы и патронажи | 1140 |  | 9962 |  |
| **19** | Стационар на дому |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень показателей** | **За 2017г.(только****абсолютные числа)** | **За 2018г.****(только****абсолютные числа)** |
| **1** | Количество новорожденных, взятых на учет | 421 | 370 |
|  | Из них живут в неблагополучных социально-бытовых условиях (низкий доход, плохие санитарно-гигиенические условия, алкоголизм, наркомания в семье, другие вредности) | 4 | 7 |
| **2** | Количество детей до 3 месяцев (от 0 до 2мес 29 дней) | 1063 | 1023 |
|  | Из них на исключительно грудном вскармливании | 996 | 967 |
| **3** | Количество детей до 6 месяцев (от Змее до 5мес 29 дней) | 2155 | 2059 |
|  | Из них на исключительно грудном вскармливании | 1869 | 1898 |
| **4** | Количество детей от 6 до 9 месяцев (от 6 мес до 8 мес29дней) | 3250 | 3126 |
|  | Из них получают прикорм | 3059 | 3126 |
| **5** | Количество детей до 9 до 12 месяцев (от 9 мес до 11 мес 29 дней) | 4429 | 4271 |
|  | Из продолжают получать грудное молоко | 3987 | 3816 |
| **6** | Дети, которым исполнилось 1 год  | 348 | 336 |
|  | Из них имеют низкорослость (рост к возрасту менее -2 СО) | 12 | 20 |
| **7** | Количество детей (до 5 лет), которые находились в ПОР | - | 3 |

**Онкопрофилактика среди закрепленного населения**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **2017 год** |  **2018год** |
|  | **Абс** | **%** | **Абс** | **%** |
| **Состояло**  | 508 |  | 533 |  |
| **Взято**  | 108 |  | 84 |  |
| **прибывших** | 4 |  | 3 |  |
| **выбывших** | 11 |  | 9 |  |
| **Больные с запущенной стадией**  | 15 | 3 | 10 | 2 |
| **Умерло от рака**  | 30 |  | 3 |  |
| **Смертность от онкопатологии**  | 123,1 |  | 109,9 |  |
| **Впервые выявленные** | 108 | 100 | 124 | 100 |
| **Число впервые выявленных больных ЗНО I-II стадии** | 56 | 51,9 | 62 | 50 |
| **Число впервые выявленных больных I стадии** | 30 | 27,7 | 36 | 29 |
| **Число впервые выявленных больных IV стадии** | 15 | 13,9 | 8 |  |
| **Число впервые выявленных больных III-IV стадии** | 7 |  | 18 |  |

**Отчет по Бюро госпитализации за 2018год.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **2017 год** | **2018год** |
| Всего направлено за отчетный период | 519 | 602 |
| Всего снято с листа ожидания за отчетный период | 37-6,5% | 51- 8,4% |
| Из них: |  |  |
| Наличие противопоказания к плановой госпитализации  | 27-72,9% всего снятого | 33 -64,7% от всего снятого |
| Ошибочная запись при вводе данных пациента в портал | 1-2,7% | 1 – 1,9% |
| Письменный отказ пациента отгоспитализации | 2-5,4% | 7-0,1% |
| Неявка пациента на госпитализацию | 0 | 1-1,9% |
| Случаи ,не зависящие от процедуры госпитализации | 2-5,4 | 2- 0,03% |
| Госпитализирован экстренно | 5-13,5%: | 7-0,1% |

**ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ**

**3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)**

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных деятельности по стандартам

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за****2017 год** | **Факт за****2018 год** | **Сведения о достижении**  |
|  | Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку | 20% | 35% | 28% | Достиг |
|  | 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 |
|  | Текучесть кадров  | не более 9% | 5,5% | 4,5% | Достиг |
|  | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 70% | 72% | 78% | Достиг |

Причины не достижения:

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

**Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи**

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 9 индикаторов наблюдается достижение индикаторов.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2018 год** | **Факт за** **2018 год** | **Факт за** **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Удовлетворенность пациентов | 95% | 96,7% | 95% | Достиг |
| **2** | Показатели ВБИ | не более 4% | 0,3% | 0,6% | Достиг |

Причины не достижения:

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

Эффективный менеджмент

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за****2017 год** | **Факт** **2018 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | Уровень компьютеризации рабочих мест | 100% | 100% | 100% | Достиг |
| ***2*** | Оборот койки | не менее 100 раз | 120 раз | 108 раз | Достиг |
| ***3*** | Средняя занятость койки | 100% | 100% | 100% | Достиг |
| ***4*** | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | не более 6 дней | 5 дней | 5 дней | Достиг |
| ***5*** | Выполнение плана скрининговых исследований  | 100% |  |  |  |

Причины не достижения:

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

**Основные медико-экономические показатели .**

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Факт за** **2016 год** | **Факт за** **2017 год** | **Факт** **2018 год** |
| ***1*** | Удовлетворенность пациентов  | 90% | 95% | 96% |
| ***2*** | Удовлетворенность работников  | 76% | 78% | 87% |
| ***3*** | Доходы за отчетный период составляют | ………… тыс.тенге | …………… тыс.тенге | ………. тыс.тенге |
| ***4*** | Расходы всего за отчетный период составляют | …….. тыс.тенге | ……..тыс.тенге | ………. тыс.тенге |
| ***5*** | Доходы от платных медицинских услуг | ……….. тыс.тенге | ………….. тыс.тенге | ……….. тыс.тенге |
| ***8*** | Количество пролеченных пациентов в дневном стационаре | 1411 | 2398 | 2164 |
|  |  |  |  |  |

**ПАЦИЕНТЫ**

**Привлечение (прикрепление) пациентов**

За 2018 год наблюдается увеличение численности прикрепленного населения на

За 2018 год в проведено 200674 приемов врачей (в рамках ГОБМП + на платной основе), что на 3,5% больше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2017г. – 193,851)

Стационаро-замещающие койки в целом по Центру в 2018 году работали в интенсивном режиме (20 коек).

Организационно-методическая работа

 По итогам 2018 года было организовано 6 плановых выездов ПМК в сельские районы. При выездах проконсультировано 2934 пациентов.

**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 96 % против 95% в 2016 году.Данный факт связан с активной работой Организации в 2016 году по развитию пациент ориентированной среды. *Кроме того, проводится анкетирование пациентов, получивших консультативно-диагностические услуги, результаты которого составило 96%.*

**Безопасность пациентов**

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

пересмотрены процессы и процедуры, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии с требованиями ИСО РК 9001-2016;

пересмотрены 36 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 36 Стандартных операционных процедур (СОПов) для врачей, среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;

разработаны и внедрены 28 алгоритмов проведения манипуляций.

**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.

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

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

* обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено 12 сотрудников);
* проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда;
* проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу;
* проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 21 сотрудников);
* проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 2 объектовые тренировки).

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

**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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Внешние риски** |
| Несоблюдение требований безопасности здания, противопожарной безопасности |  Доступность медицинской помощи прикрепленному населению | Нанесение вреда здоровью пациента. | Соответствие помещений требованиям санитарных правил и норм. Обучение сотрудников и пациентов в соответствии с планом реагирования при ЧС. Контроль проведения противопожарного инструктажа, соблюдение правил ТБ | Соответствие кабинетов требованиям санитарных правил и норм. Действующая противопожарная сигнализация. |
| Выход из строя медицинского оборудования | Доступность медицинской помощи прикрепленному населению | Несвоевременное проведение обследований или медицинских манипуляций | Своевременная заявка на устранение дефектов | Оказание медицинских услуг проводится на оборудовании, прошедших поверку. Ежегодно подается заявка на поверку оборудования, заключается договор на поверку оборудования. |
| Риски хищения материальных ресурсов | Достижение положительной динамики финансового результата (рентабельность предприятия | Материальные затраты поликлиники | Установлена система видеонаблюдения в поликлинике, на территории поликлиники, заключены договора о материальной ответственности, проводится своевременно инвентаризация | За анализируемый период хищения материальных ценностей не было |
| Риски, связанные с возникновением неблагоприятных финансовых последствий в форме потери дохода и капитала в ситуации неопределенности условий осуществления его финансовой деятельности | Достижение положительной динамики финансового результата (рентабельность предприятия) | Дефицит финансов, перерасход средств, кредиторская задолженность, задержка выплаты заработной платы | Предприятие подчиняется государственному регулированию в сфере расходования денежных средств по ГОБМП. Финансируется частично из бюджета. В Учреждении составляются сметы план развития, и осуществляется как внешний, так и внутренний контроль за использованием финансовых ресурсов. Проводится оценка и анализ финансового риска  | За анализируемый период финансовых потерь нет. |
| Появление новых конкурентов на рынке медицинских услуг | Повышение доли внебюджетных средств в общем объеме дохода | Отток населения, медицинских кадров. | Анализ ситуации на рынке медицинских услуг |  |
| Форс-мажорные риски, которые могут привести к потере предусматриваемого дохода | Достижение положительной динамики финансового результата (рентабельность Учреждения) | Дефицит финансов, перерасход средств, кредиторская задолженность, задержка выплаты заработной платы | Проводится оценка и анализ финансового риска в Учреждении |  |
| **Внутренние риски** |
| Несоблюдение Правил идентификации пациента | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Невыполнение Правил стандартных процедур, нанесение вреда пациенту. | Соблюдение Правил идентификации пациентов | За анализируемый период нарушений по идентификации пациентов не было |
| Несоблюдение протоколов диагностики и лечения | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Неправильная постановка диагноза, неполное обследование и лечение | Соблюдение протоколов диагностики и лечения | Ежемесячно СПП и ВК проводится анализ соблюдения ПДЛ, акты предоставляются для составления плана корректирующих мероприятий. |
| Риски осложнений после парентеральных инъекций | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Нанесение вреда здоровью | Соблюдение техники введения инъекций | Осложнений после парентеральных инъекций не отмечалось |
| Риски, связанные с недостаточной информированностью пациентов о проводимых лечебно-диагностических манипуляциях | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Несогласие пациента | 100% обеспечение письменным добровольным согласием пациентов | При проведении лечебно-диагностических манипуляций пациенты подписывают информированное согласие |
| Риски, связанные с падением пациентов | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Нанесение вреда здоровью пациента | Использование информационных знаков, табличек для пациентов, использование при необходимости инвалидных кресел, тростей. Установлены поручни, ограничители, пандусы. | Оборудован санузел на 1 этаже для лиц с ограниченными возможностями, имеется пандус, инвалидные коляски для передвижения, поручни, штендеры «Осторожно мокрый пол» |
| Риски несоблюдения санитарно-эпидемиологического и дезинфекционного режимов | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Нанесение вреда здоровью пациентов | Проветривание помещений, использование дез средств, использование одноразового инструментария | Проветривание помещений, использование дез средств, использование одноразового инструментария |
| Риск развития анафилактического шока  | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Нанесение вреда здоровью пациента | Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке | За анализируемый период случаев шока не обнаружено |
| Риски возникновения аварийных ситуаций (прокол иглой, попадание крови, других биологических жидкостей на кожные покровы, слизистую рта, носа, глаз) | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи | Нанесение вреда здоровью сотрудников | Семинарские занятия по соблюдению универсальных мер предосторожности, контроль их исполнения | В 2018 году не зарегистрировано случаев аварийных ситуаций |

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

В КДЦ внедрена Программа управления кадровыми ресурсами.

Формирование пула из высококвалифицированных кадров

**Обеспечение организации кадровыми ресурсами на 01.01.2019г.**

 В целях обеспечения организиции кадровыми ресурсами и своевременного повышения квалификации и категорированности медицинских работников ежегодно на начало года составляется план подготовки и переподготовки врачей и средних медицинских работников .

За последние 5 лет не прошедших обучение нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| специалисты | **Запланировано на 2018г. усовершенствование** | **Прошли обучение за 2018г.** | **%** | **Участие в конференции, мастер-классах** **2018г.** |
| Врачи - 109 | 63 | 59 | 48 | 8 |
| СМП - 185  | 105 | 110 | 52 | 2 |

Средние медицинские работники прошли обучение на базе ГМК г.Семей им. Д. Калматаева .

**2. Текучесть кадров**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **специалисты** | **На начало 2018г.** | **прибыло** | **Из них молод.****Специалистов** | **выбыло** | **Кол-во специалистов на 01.01.2018г.** | **Причина увольнения** |
| врачи | 109 | 5 |  | 5 | 109 | с\ж |
| СМП | 185 | 9 |  | 10 | 184 | с\ж |

 На 2017г. организация обеспечена на 100% специалистами согласно видам медицинской деятельности, заявленной в лицензии.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2018 год** | **Факт за****2018 год** | **Сведения о достижении**  |
| **5** | Текучесть кадров  | не более 10% | 4,5% | Достиг |
| **6** | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 70% | 87% | Достиг |

**Эффективность HR-менеджмента**

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

Обучение и переподготовка ключевых специалистов,

**Исполнение плана повышения квалификации и категорированности медицинских работников КДЦ г.Семей**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Специалисты** | **всего** | **Имеют квалификационную категорию** | **Высшая категория** | **Первая****категория** | **вторая категория** | **Серти****фикат специалиста без катего****рии**  | **Прошли плановую аттестацию на квалификационную категории согласно плана**  |
| к-во | % | к-во | % | к-во | % |
| Врачи | 109 | **77 чел –71%** | 50 | 46% | 15 | 14% | 12 | 11% | 32(23%) |   |
| СМП | 184 | **128 чел 70%** | 93 | 51% | 23 | 12% | 12 | 7% | 56 (30%) |   |

**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 Миссию, Политику в области качества, Цели в области качества, Кодекс деловой этики, где указаны ориентиры профессиональной деятельности и корпоративной культуры.

За отчетный период проведены корпоративные мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыза», «Дня медицинского работника», «Дня независимости».

 **РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

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

В 2014 году Организация успешно прошла аккредитацию, Свидетельство до 11 2018 года.

В рамках подготовки к прохождению реаккредитации осуществлены следующие мероприятия:

пересмотрены ДИ, Положения о подразделениях, Оргструктура, 46 Стандартных операционные процедуры (СОПы) дляврачей, среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;

осуществлен проект по снижению рисков (FMEA)

По оценке отдела менеджмента качества и безопасности пациентов, уровень соблюдения стандартов аккредитации в Организации за отчетный период составляет 100%.

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

 *В КДЦ в области лекарственной безопасности работает Формулярная комиссия, ИСЛО. Обеспечение ЛС за 2018 год 100%.*