**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Руководитель Атырауского**

**управления здравоохранения**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Аймурзиева М.К.**

**Годовой отчет о деятельности**

**КГП на ПХВ «Атырауский областной кожно-венерологический диспансер»**

(наименование медицинской организации)

**за 2017 год**

**г.Атырау, 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. 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 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.

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 диспансера.

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

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

7.4. Новые технологии, клинические исследования.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

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

КГП на ПХВ «Атырауский областной кожно-венерологический диспансер» – это старейшее и главное лечебно-диагностическое учреждение области по дерматовенерологии. В то же самое время – это высококвалифицированное, отвечающее интересам населения медицинское учреждение, способное в рамках государственного здравоохранения обеспечить специализированную консультативно-диагностическую и лечебно-профилактическую дерматовенерологическую помощь.

**Миссия**

Способствовать улучшению здоровья пациентов, обращающихся к нам за медицинской помощью, представляя широкий спектр медицинских услуг неизменно высокого качества.

**Видение**

КГП на ПХВ «Атырауский областной кожно-венерологический диспансер» - это динамично развивающаяся медицинская организация, гарантирующая пациентам предоставление квалифицированной специализированной медицинской помощи, точность и надежность результатов исследований. Мы стремимся быть лидерами в разработке внедрений новых медицинских и управленческих технологий.

**2017 год в цифрах**

* Количество пролеченных пациентов: по круглосуточному стационару **1104,** по дневному стационару **548**
* Показатель внутрибольничных инфекций ВБИ **0%** в 2016 г, **0%** в 2017 году
* Уровень использования коечного фонда: **99,1%**
* Проведено **2 мастер-класса**, с участием специалистов ведущих университетов и институтов Республики Казахстан.
* Всего на конец 2017 года количество **сотрудников – 60**, из которых:
  + Медицинский персонал – 44 (11 врачей, 24 СМП, 9 ММП)
  + Административно-управленческий персонал –6, прочие – 10.
* Снижение текучести персонала с 20% в 2016 году **до 15% в 2017 году**
* Выручка от оказания услуг: **214 194 834 тыс. тенге, в т.ч.** из республиканского бюджета - **160 485 750 тыс. тенге,** из местного бюджета **– 2 015 860 тыс. тенге,** платные услуги **– 51 693 224 тыс. тенге,** прибыль за год: **12 350 000 тыс. тг.**

**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 больничный менеджмент.

2. Повышение эффективности системы здравоохранения

Цель: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг в Казахстане.

3. Развитие кадрового потенциала в сфере здравоохранения

Цель 1: Формирование пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных к конкурентоспособной научно-инновационной деятельности.

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

Цель 2: Обеспечение трансферта технологий в систему здравоохранения.

**РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

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

В организации работает комиссия по службе поддержки пациентов и внутреннего контроля (СПП и ВК), осуществляющей деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации и наделенная соответствующими полномочиями в соответствии с утвержденной должностной инструкцией и Положением о службе поддержки пациентов и внутреннего контроля.

Ответственный врач по СПП и ВК – Бекмагамбетова Бигайша Достановна

Основными направлениями работы СПП и ВК 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 пула из высококвалифицированных кадров, подготовленных к конкурентоспособной научно-инновационной деятельности.

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов достигнуты 5 индикаторов, не достигнут – 1.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2017 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт за**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Количество мастер-классов с привлечением ведущих специалистов и университетов и институтов РК* | *не менее 2* | *2* | *3* | *Достиг* |
| ***2*** | *Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку* | *20%* | *34%* | *26,3%* | *Достиг* |
| ***3*** | *Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5* | *не менее 0,75* | *0,77* | *0,80* | *Достиг* |
| ***4*** | *Текучесть кадров* | *не более 9%* | *2,2%* | *6,8%* | *Достиг* |
| ***5*** | *Уровень удовлетворенности персонала* | *не менее 70%* | *90%* | *87%* | *Достиг* |
| ***6*** | *Уровень обеспеченности жильем* | *не менее 11,4%* | *0%* | *1,6%* | *Не достиг* |

*Причины не достижения: все сотрудники, которые нуждаются в жилье, состоят в очереди ЖКХ и приобретение жилья будет в порядке очереди.*

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнут –1.*

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2017 год\*** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт за**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Доход на 1 койку (млн. тенге)* | *5,21 млн. тг.* | *5,35 млн. тг.* | *3,7 млн. тг.* | *Достиг* |
| ***2*** | *Амортизационный коэффициент* | *не менее 50%* | *51,6%* | *51,5%* | *Достиг* |
| ***3*** | *Рентабельность активов (ROA)* | *0,4%* | *0,03%* | *0,03%* | *Не достиг* |
| ***4*** | *Доля доходов от платных услуг* | *не менее 22%* | *24,1%* | *29,6%* | *Достиг* |

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

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

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2017 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт за**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Удовлетворенность пациентов* | *90%* | *90%* | *88%* | *Достиг* |
| ***2*** | *Показатели ВБИ* | *0%* | *0%* | *0%* | *Достиг* |
| ***3*** | *Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения* | *0* | *0* | *0* | *Достиг* |
| ***4*** | *Доля сельских жителей* | *не менее 30%* | *36,9%* | *43,5%* | *Достиг* |
| ***5*** | *Время ожидания госпитализации в стационар* | *не более 3 дней* | *2 дня* | *3 дня* | *Достиг* |

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели все 4 индикаторов достигнуты.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2017 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Уровень компьютеризации рабочих мест* | *100%* | *100%* | *100%* | *Достиг* |
| ***2*** | *Оборот койки* | *не менее 30 раз* | *30,6 раз* | *21,5 раз* | *Достиг* |
| ***3*** | *Средняя занятость койки* | *100%* | *100%* | *98,9%* | *Достиг* |
| ***4*** | *Средняя длительность пребывания пациента в стационаре* | *не более 12,1 дней* | *10,9 дней* | *13,9 дней* | *Достиг* |

Цель 5: Конкурентоспособная научно-инновационная деятельность

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели 2 индикатора достигнуты.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **План на**  **2017 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт**  **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | *Количество обученных специалистов по дерматоскопии* | *4* | *4* | *-* | *Достиг* |
| ***2*** | *Обучение специалистов и внедрение трихологии* | *2* | *2* | *-* | *Достиг* |

**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* | *85%* | *88%* | *90%* |
| ***2*** | *Удовлетворенность работников* | *85%* | *87%* | *90%* |
| ***3*** | *Доходы за отчетный период составляют* | *150 219,0 тыс.тенге* | *149 546,5 тыс.тенге* | *214 194,8 тыс.тенге* |
| ***4*** | *Расходы всего за отчетный период составляют* | *150 219 тыс.тенге* | *149 546,5 тыс.тенге* | *205 700,6*  *тыс.тенге* |
| ***5*** | *Доходы от платных медицинских услуг* | *25 000 тыс.тенге* | *27 989 тыс.тенге* | *51 693,2 тыс.тенге* |
| ***6*** | *Количество пролеченных пациентов* | *Круглосуточно835*  *по дневному стационару 276* | *Круглосуточно774*  *по дневному стационару*  *395* | *Круглосуточно1104*  *по дневному стационару*  *548* |

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

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

*Повышение эффективности финансового менеджмента, в том числе совершенствование тарифов на возмещение затрат за оказание медицинских услуг по ГОБМП:*

*Мероприятие 1. Совершенствование тарифной политики, в т.ч. формирование методологии возмещения затрат по клинико-затратным группам и по внедрению уникальных инновационных технологий.*

*Мероприятие 2. Использование амортизационных фондов.*

*Согласно бюджета в 2017 году за счет средств амортизационного фонда предусмотрено 14 124 тыс. тенге на приобретение основных средств. Из них в отчетном году приобретено на сумму 14 065,2 тыс. тенге*

*Мероприятие 3. Совершенствование инвестиционной политики, включая формирование и функционирование базы данных инвестиционных проектов, аналитического сопровождения и системы мониторинга инвестиционных проектов.*

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

*Увеличение доходов от платных медицинских услуг:*

*Мероприятие 1. Формирование, совершенствование и расширение пакета платных услуг, увеличение платных коек.*

*В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается* ***увеличение доходов*** *от платных услуг. Так, за 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 51 693,2 тыс. тенге, при плане 46 000,0 (в 2016 году – 27 989,0. тенге, при плане 30 000,0), увеличение 84,7% в 2017 году по сравнению с прошлым годом)*

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Решением администрации ОКВД утвержден комплексный план Организации на 2017 год, согласно которому проводилась работа по 3 основным направлениям:

1) Имидж (администрирование сайта; ведение официальных страниц Организации в социальных сетях; продвижение сайта в социальных сетях, информационное взаимодействие с отечественными и местными СМИ, организация пресс-конференций, брифингов, интервью и т.д.).

Еженедельно обновлялась информация на сайте Организации (количество посетителей до 21 человек за сутки, до 148 человек в месяц), проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook» (774 подписчиков), «Instagram» (634 подписчиков). Все школьные учреждения и колледжи города обеспечены буклетами и брошюрами об Организации, проведена рассылка в СМИ 2 пресс-релиза и фотоматериалов о событиях Организации, вышло 13 информационных материалов.

2) Сбыт (развитие платных услуг; бизнес-партнерство со страховыми компаниями т.д.).

3) Внутренний маркетинг (работа с персоналом; анкетирование; оптимизация потоков пациентов; различные проекты, направленные на улучшение комфорта и сервиса).

4) Внешний маркетинг (внешние маркетинговые исследования).

Проведены SWOT-анализ, мониторинг цен на услуги, аналогичные услугам Организации и т.д.

Мероприятие 4. Развитие эффективного сотрудничества с организациями , учреждениями, в том числе со страховыми компаниями.

На сегодняшнее время в Атырауской области функционируют 6 страховых компаний, с которыми заключены договора. Работа по взаимодействию с ними велась на постоянной основе (заключение договоров, пролонгация, заключение дополнительных соглашений, уведомления по поводу внесения изменений в прейскурант цен на платные медицинские услуги, внесение замечаний и предложений по поводу улучшения сервиса в Организации).

**4.3. Оценка эффективности использования основных средств**

*За отчетный год доходы от платных медицинских услуг перевыполнены в сумме на 5 693,2 тенге (план 46 000,0 тыс. тенге, факт 51 696,2 тыс. тенге). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 84,7% в сравнении с прошлым годом и на 12,4% в сравнении с планом.*

*Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 214 194,8 тыс. тенге, что на 208 501,6 тыс. тенге, больше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год – 149 546,6 тыс. тенге). Доход на 1 койку на 5,21 млн. тенге превышают доходы прошлого года (в 2016 году – 3,7 млн. тенге, в 2017 году – 5,35 млн. тенге)*

*«Амортизационный коэффициент» (при плане 50%, факт – 51,6%). По итогам 2017 года ожидалось увеличение балансовой стоимости фиксированных активов, которое было принято для расчета коэффициента.*

*«Рентабельность активов (ROA)» (план – 0,3%, факт – 0,03%).*

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

**5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов**

За 2017 год в Организации было пролечено в рамках ГОБМП 1652 пациентов, что на 29,2% больше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2016 г. – 1169, за 2015 г. – 1111, за 2014 г. – 1072 пациентов).

Стационарные койки в целом по Организации, в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 355,9 дней работы койки в 2017 году, (по нормированию труда медицинского персонала для больниц, расположенных в городских поселениях, он равен – 340 дней в год).

Доля сельских жителей из районов в 2017 году составила 36,9% против 43,5% в 2016 году. Наибольший удельный вес среди пациентов составили жители Курмангазинского района – 19,6%, Жылыойского района – 18% и Макатского района – 15%.

Наименьшее количество пролеченных в Организации пациентов составили жители из Индерского района – 13%, Махамбетского района – 12,3%, Кызылкугинского района – 11,3 и Исатайского района – 10,5%.

Организационно-методическая работа

По итогам 2017 года было организовано 14 плановых выездов в районы области. При выездах проконсультировано 112 пациентов.

В 2017 г. было организовано 7 заочных дистанционных консультаций с районами, даны рекомендации.

**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 анкетирования за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 90% против 88% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой Организации в 2017 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 90%.

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.

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

В Организации отмечается увеличение оборота койки на 9,1%: с 21,5 в 2016 г. до 30,6 в 2017г., при плане не менее 30 в 2017г. При этом, количество поступивших больных в круглосуточный стационар увеличилось на 31%: с 771 поступивших больных за 2016 г, до 1118 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 29,8%, что составило 1104 против 774 за 2016 г.

**5.4. Безопасность пациентов**

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

проведена самооценка по стандартам аккредитаций;

разработаны программы и планы по управлению рисками, по безопасности и охране труда, по гигиене труда и здоровью персонала, по конфиденциальности данных о пациентах;

оценка 9 индикаторов качества по повышению эффективности работы в стационарном и диспансерном отделениях;

разработаны 156 Стандартных операционных процедур (СОПов) для медицинского персонала, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также для диспансерного отделения.

Внедрение и обеспечение трансферта современных и высокоэффективных медицинских технологий:

Внедрена и развивается одно из направлении дерматовенерологической науки - трихология. За 2017 год оказано услуг по трихологии 25, из них детям 9.

В связи с внедрением новых технологий важнейшим механизмом трансферта является обучение и повышение квалификации, проведение и участие в мастер-классах, семинаров по актуальным вопросам дерматовенерологии, дерматокосметологии. Количество проведенных на базе Организации за 2017 год мастер-классов - 2 , семинаров -2, с участием специалистов ведущих университетов и институтов РК.

**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 (ВБИ)* | *- 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. показатель ВБИ 0%.* | - |
| *Возникновение неблагоприятных ситуаций, ЧС* | *Безопасность пациентов* | *Возникновение неблагоприятных ситуаций, ЧС* | *Контроль за работой систем оповещения, за исправностью работы систем видеонаблюдения, обучение всего персонала по действиям при ЧС* | *Контроль за работой систем оповещения, за исправностью работы систем видеонаблюдения, обучение всего персонала по действиям при ЧС* | *-* |

За 2017 год получено 4 отчета об инциденте с конфликтными ситуациями; все случаи разобраны, даны рекомендации по улучшению ситуаций.

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие по клиническим протоколам: ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг своевременности предоставления информации по выписанным пациентам в ЕНСЗ; Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации: идентификация пациентов, вторая подпись в листах назначений 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:

Для внедрения новых технологий в Организации ведется работа по организации и проведению мастер-классов ведущими специалистами из университетов и институтов РК, проведен 2 мастер-класса,2 семинара , где участвовали все дерматовенерологи области.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение, участвовали в форумах, конференциях и семинарах:

С 30.01.10.02.2017г. 3 врача-дерматовенеролога прошли курс повышения квалификации по теме «Трихология» в медицинском университете г.Астана.

С 12.06. по 24.06 июня 2 лаборанта прошли курс повышение квалификации по циклу: «Лабораторная диагностика в дерматовенерологии (ПЦР, ИФА)».

В 12 июня 2017 года диетическая сестра участвовала в обучающем семинаре на тему: «Основы диетологии в сестринском деле».

15-16 июня 2017г. в г.Астане, главный врач и заведующая диспансерным отделением участвовали на V Евразийском конгрессе дерматологии, косметологии и эстетической медицины. С 17 по 21 июня прошли обучение по дерматоскопии.

23-25 июня 2017г. 2 врача дерматовенеролога участвовали на IV Региональном обучающем форуме «17 регионов дерматовенерологов, дерматокосметологов» в г.Актау.

С 20.07. по 29.07.2017г. 4 медсестры прошли повышение квалификации по циклу: «Управление сестринской деятельностью».

В период с 21 по 25 августа 2017г. инспектор по кадрам участвовала на семинаре по теме: «Кадровое делопроизводство с учетом последних изменении в законодательной базе» в г.Астана.

20.10.2017г. Заведующая организационно-методическим отделом участвовала на научно-практической конференции приуроченной 90-летию дерматовенерологической службе Кызылординской области.

26-27.10.2017г. Директор Атырауского кожно-венерологического диспансера приняла участие в работе Международной научно-практической конференции дерматовенерологов и дерматокосметологов Республики Казахстан, посвященной 80-летию дерматовенерологической службы Карагандинской области.

С 23.10 по 25.10.2017г. прошли обучение 2 врача дерматовенеролога Төлеген С.Б., Домбаева М.М. по дерматоскопии в г. Астане организованной Казахстанской Ассоциации дерматовенерологов и дерматокосметологов совместно с Международным дерматоскопическим сообществом. 3-х дневный курс лекций провел доктор Раймонд Карлс (Рижский Университет им. Страдыня) Председатель правления Латвийского общества дерматоскопии и общества Дерматологии против рака кожи.

С 27.10 по 29.10.2017г. в г.Павлодар прошел V Региональный обучающий форум «17 регинов дерматовенерологов, дерматокосметологов» с международным участием в рамках «29 октября - Всемирный день Псориаза», где участвовали два врача дерматовенеролога,   
что составляет 24,5% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 8, СМР – 7.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшие обучение/переподготовку на 33,3% (Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку); отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 3,3% от плана и на 3% от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности персонала 2016 г. – 87%; 2017 г. – 90%).

А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год составляет 2,2% при плане «не более» 9%, из них уровень текучести врачей – 0%, СМР – 2,2%.

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 совете медсестер проводятся семинары, читаются лекции.

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

Во всех конференциях принимали участие специалисты сестринского дела стационарного и диспансерного отделений, вспомогательных служб, медсестры отдела образования.

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

Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

Разработка и внедрение дифференцированной бонусной системы оплаты труда.

Решением комиссии «По дифференцированной оплате труда работников» утверждено Положение об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда. Определен механизм распределения фонда оплаты труда по критериям для всех работников Организации. Решением администрации утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты работникам.

**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 3 корпоративных мероприятий в честь празднования «Наурыз», «Дня медицинского работника», «Дня независимости».

По запросу Министерства здравоохранения РК, проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников Организации в честь празднования Дня медицинского работника и Дня независимости.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 9, из них АУП – 7, врач – 1, СМР – 1. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 9, из них по причинам увольнения: 1 – переезд в другой город, 8 – по другим причинам.

**6.4 Управление рисками**

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

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

* *обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено 22 сотрудника);*
* *проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда 2 раза в год (экзаменировано 62 сотрудников);*
* *проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 5 сотрудникам);*
* *проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 23 сотрудников);*

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

**РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

**7.1. Аккредитация диспансера.**

В 2015 году Организация успешно прошла аккредитацию.

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

проведена самооценка по стандартам аккредитаций;

разработаны программы и планы по управлению рисками, по безопасности и охране труда, по гигиене труда и здоровью персонала, по конфиденциальности данных о пациентах;

оценка 9 индикаторов качества по повышению эффективности работы в стационарном и диспансерном отделениях;

разработаны 156 Стандартных операционных процедур (СОПов) для медицинского персонала, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также для диспансерного отделения.

По оценке комиссии СПП и ВК, уровень соблюдения стандартов аккредитации в Организации за отчетный период составляет 100%.

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

Уровень использования коечного фонда за 2016 год составил 97% при плане 96%.

За 2017 год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в дневном стационаре с 5,7 дней в 2016 г. до 5,5 в 2017 г. при плане 5,6 дней за 2017 г.

Отмечается увеличение оборота койки на 27,9%: с 98,7 в 2016 г. до 137,0 в 2017 г., при плане не менее 100 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось с 399 поступивших больных за 2016 г. до 554 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г., что составляло 548 против 395 за 2016 г.

За 2017 г. показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) а 0%, 0% в 2016 г.

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

В Организации в области лекарственной безопасности утвержден «Лекарственный формуляр по использованию лекарственных средств» от 05.01.2018г., ПП РК от 11.01.2012г. №26 «Об утверждении Правила уничтожения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники».

**7.4. Новые технологии.**

Оснащена следующими оборудованиями:

медицинское оборудование для диагностики и лечения - дерматоскоп DELTA 20 Plus VISION DERMA PRO, используется он на базе цифрового светодиодного дерматоскопа DELTA 20 Plus VISION DERMA PRO от одного из мировых лидеров разработки медицинских оптических приборов, компании HEINE (Германия).

Лаборатория диспансера оснащена ПЦР-аппаратом в режиме реального времени для диагностики инфекций передающихся половым путем.

На базе имеется аппарат Сургитрон, с помощью который эффективно удаляются папилломы, кондиломы, бородавки и невусы различной локализации; аппарат лазерной терапии «Матрикс ВЛОК + УФО» (для лечения аллергического васкулита кожи, атопического дерматита, герпеса простого рецидивирующего, дерматофитии стоп, псориаза, экземы).

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение 1**

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

**Стратегическое направление 1 (финансы)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года**  **(1-й год)** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *1* | *Доход на 1 койку\** | *(млн. тенге)* | *Финансовая отчетность* | *Главный бухгалтер* | *5,4* | *5,35* | *Достиг* |
| *2* | *Доля доходов от платных услуг\** | *%* | *Финансовая отчетность* | *Главный бухгалтер* | *не менее 22%* | *24,1%* | *Достиг* |
| *3* | *Рентабельность активов (ROA)\** | *%* | *Финансовая отчетность* | *Главный бухгалтер* | *0,3%* | *0,03%* | *Не достиг* |

**Стратегическое направление 2 (пациенты)**

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года**  **(1-й год)** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *1* | *Уровень потребления стационарной помощи пациентами в рамках госзаказа* | | *Число пролеченных случаев* | *Стат. данные* | *Стат. отдел* | *1100* | *1104* | *Достиг* |
| *2* | *Работа койки* | | *Число коек/число койко-дней* | *Стат. данные* | *Стат. отдел* | *290* | *335,9* | *Достиг* |
| *3* | *Пребывание одного больного на койке* | | *Число коек/число пролеченных больных* | *Стат. данные* | *Стат. отдел* | *не более 12,1* | *10,9* | *Достиг* |
| *4* | *Оборот койки* | | *Число пролеченных больных/число коек* | *Стат. данные* | *Стат. отдел* | *не менее 30* | *30,6* | *Достиг* |
| *5* | *Консультативно-диагностическая помощь* | | *Число посещений* | *Стат. данные* | *Стат. отдел* | *40 000* | *29 312* | *Не достиг* |

*Причины не достижения: В связи с внедрением в 2017 году автоматизированной информационной системы «Поликлиника» и медико-информационной системы «КазМедИнформ», прием пациентов осуществляется по направлению с участкового врача и по предварительной записи, придерживаемся по интервалу времени (женский венерологический и косметологический кабинет-25 минут, мужской венерологический кабинет-20 минут, дерматологические кабинеты-15 минут), в связи с вышеизложенными сократилось количество пациентов.*

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года**  **(1-й год)** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *1* | *Количество обученных сотрудников* | *количество* | *Отчет кадровой службы* | *Инспектор по кадрам* | *7* | *14* | *Достиг* |
| *2* | *Текучесть кадров* | *%* | *Отчет кадровой службы* | *Инспектор по кадрам* | *не более 9%* | *2,2%* | *Достиг* |
| *3* | *Уровень удовлетворенности персонала* | *%* | *Отчет кадровой службы* | *Инспектор по кадрам* | *не менее 70%* | *90%* | *Достиг* |