

**ПРИНЯТ:**

Решением наблюдательного совета  
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13  
акимата города Астана»  
№1 от 13 марта 2023 года

**Годовой отчет о деятельности организации здравоохранения для опубликования на сайте**  
**ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13 акимата города Астана»**  
(наименование медицинской организации)  
**за 2022 год**

**г. Астана, 2023 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)

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

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

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

### **РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ**

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

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

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

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

4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

4.3. Оценка эффективности использования основных средств

4.4. 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

### **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.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

*\* далее в разделах курсивом приведены примеры заполнения*

### **РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

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

11 апреля 2000 года впервые образовано (первичная государственная регистрация) ГКП на ПХВ «Учебно-практический центр семейной медицины «Демеу» акимата города Астаны. 14.04.2017 года №106-698 постановлением акимата города Астаны ГКП на ПХВ «Учебно-практический центр семейной медицины «Демеу» акимата города Астаны переименовано в КГП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Астаны, 20.08.2019 года №106-1168 постановлением акимата города Нур-Султан КГП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Астаны переименовано в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Нур-Султан (далее по тексту – Организация).

Организация расположена в 3-х зданиях по адресам: Республика Казахстан, город Астана, район «Алматы» проспект Абылай-хана, зд.1, проспект Тәуелсіздік, зд. 11/2 и район «Байқоңыр», улица А. Иманова, дом №44 н.п. 5. Общая площадь территории по адресам: Республика Казахстан, город Астана, проспект Абылайхана, зд.1 - 1163,2 м., проспект Тәуелсіздік, зд. 11/2 - 5099,4 м. и улица А. Иманова, дом №44 н.п. 5 – 92,4 кв.м. Обслуживает население район «Алматы» и «Байқоңыр», город Астана. В здании по адресу: Республика Казахстан, город Астана, район «Алматы» и «Байқоңыр», проспект Абылай-хана, зд.1 обслуживаемых 9 медицинских участков, проспект Тәуелсіздік, зд. 11/2 - 19 медицинских участков и улица А. Иманова, дом №44 н.п. 5 – 1 медицинский участок. Плановая мощность организации составляет 250 посещений в смену. Мощность дневного стационара составляет 32 коек.

### **Основными задачами организации являются:**

- оказание качественной квалифицированной медицинской помощи населению, повышение культуры обслуживания;
- проведение широких профилактических мероприятий и работы по формированию здорового образа жизни;
- укрепление здоровья семьи;
- повышение качества и объема социально-психологической помощи.

### **Миссия**

Достижение высокого уровня здоровья населения путем проведения профилактики и оказания качественной медицинской помощи.

### **Видение**

Организация осуществляет свою деятельность в соответствии со стандартами качества и безопасности пациентов на основе интеграции практики, образования и инновационных подходов.

### **2022 год в цифрах**

- Количество посещений пациентов: **246 693**
- Количество пролеченных пациентов в дневном стационаре: 1306
- Количество проведенных операций: 0
- Доля внедренных международных стандартов: 0
- Внутрибольничных инфекций ВБИ незарегистрировано.
- Уровень использования коечного фонда: **100%**
- Проведено 0 мастер-классов, из них 0 мастер-классов с участием зарубежных специалистов
- Завершено 0 научных исследований

- Пролечено 0 **иностранных** пациентов
- Всего на конец 2022 года количество сотрудников – 346, из которых:
  - Медицинский персонал – 226 (84 врачей, 124 СМП, 18 ММП);
  - Административно-управленческий персонал – 62;
  - 58 работника находится в декретном отпуске по уходу за ребенком до 3 (трёх) лет.
- Снижение текучести персонала с 45% в 2021 году до 34% в 2022 году.
- Выручка от оказания услуг: **2 196 000,0 тыс. тенге**, прибыль за год: **3000,0 тыс. тг.**

## 1.2. Стратегия развития (стратегические цели)

Организация работает по 5 стратегическим направлениям:

1. **Пациентоориентированность** – восприятие пациентов и их семей как партнеров в процессе лечения, содействие пациентам в стремлении быть информированными участниками в принятии решений, затрагивающих их здоровье и благополучие.

2. **Работа в команде** – вклад каждого сотрудника в достижении поставленных задач (индикаторов), соблюдение медицинской этики деонтологии, совершенствование качества оказываемых медицинских услуг.

3. **Профессионализм** – стремление к непрерывному самообразованию каждого специалиста, направленность лучших знаний, возможностей и опыта во благо пациента на основе постоянного развития.

4. **Ответственность** – необходимость, обязанность отвечать за свои действия, быть ответственным за них.

5. **Коллегиальность** – постоянный самоанализ и сотрудничество, а также создание системы доверия на основе паритета ответственности и объёма работы.

## РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

### 2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета (для организации с корпоративным управлением)

Организация состоит из следующих структурных подразделений:

- административный персонал - 1
- отдел административно-хозяйственной службы - 1
- отделение общей врачебной практики – 3
- специализированное отделение - 1
- акушерско-гинекологическое отделение - 1
- отделение профилактики и социально-психологической помощи - 1
- дневной стационар - 1
- организационно-методический отдел - 1
- отдел по контролю за качеством медицинских услуг – 1
- отдел бухгалтерского учета и экономического анализа – 1
- отдел управление человеческими ресурсами – 1
- провизорное отделение – 1
- школьное и дошкольное отделение – 1
- отделение лучевой диагностики – 1
- отделение восстановительного лечения и медицинской реабилитации – 1
- отделение скорой и неотложной медицинской помощи – 1
- общеполитклинический отдел – 1
- служба по родовспоможению и детству - 1
- аптека – 1
- регистратура - 1

В соответствии с приказом №339-ө от 06.06.2022 года ГУ «Управление общественного здравоохранения» города Нур-Султан утвержден следующий состав наблюдательного совета:

**Председатель наблюдательного совета** – Нургожаев Али Александрович.

**Члены наблюдательного совета:**

- Алдабергенова Салтанат Ахметхановна.
- Закарьянова Лайля Лухмановна.
- Лебаева Айгерим Бауыржановна.
- Аманбаева Айнуур Муратовна.
- Кулмуканов Каршыга Какешович.
- Тлеубергенов Руслан Бакитжанович.

**Секретарь наблюдательного совета** – Карим Ербол Аманжолович.

## 2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

Служба внутреннего аудита (СВА) в составе ОККМУ утверждена приказом руководителем Организации и разработано Положением о Службе внутреннего аудита.

Руководитель СВА – и.о. руководителя отдела по контролю за качеством медицинских услуг Аубакирова Н.С По штатному расписанию – 1,5 ставки врачей экспертов, заняты (Махатова Г.А. - 0,5 ставки; Тюленова В.Х. – 0,5 ставки).

**Основными направлениями работы СВА являются:**

- Планирование, организация исполнения, контроль и анализ работы службы ККМУ Поликлиники;
- Взаимодействие с государственными, административными, надзорными органами и негосударственными организациями по вопросам ККМУ;
- Контроль, анализ, рекомендации и мероприятия по коррекции:
  - основных показателей Поликлиники через анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;
  - индикаторов СКПН, ДКПН;
  - обязательные случаи экспертизы;
  - внешних обращений физических и юридических лиц;
  - участие в работе постоянно действующих комиссий.
- Рейтинг медицинских сотрудников с целью улучшения их деятельности путём мотивации (материальной, психологической);  
Постоянный мониторинг стандартов аккредитации с целью достижения их результативности.

## РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

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

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

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов достигнуты 4 индикаторов, не достигнуты – 1

#### Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2022 год	Факт за 2022 год	Факт за 2021 год	Сведения о
-------	--------------	------------------	------------------	------------------	------------

					<b>ДОСТИЖЕН ИЛИ</b>
<b>1</b>	<i>Количество привлеченных ключевых иностранных специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера</i>	0%	0%	0%	0%
<b>2</b>	<i>Количество мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья (по 021 БП) *</i>	0%	0%	0%	0%
<b>3</b>	<i>Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом</i>	80%	74%	65%	Достиг
<b>4</b>	<i>Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5.</i>	не менее 1,5	1,5	1,5	Достиг
<b>5</b>	<i>Текучесть кадров</i>	не более 15%	34%	45%	Не достиг
<b>6</b>	<i>Уровень удовлетворенности персонала</i>	не менее 78%	98%	78%	Достиг
<b>7</b>	<i>Уровень обеспеченности жильем</i>	1%	1%	1%	Достиг

#### **Причины не достижения:**

- Количество привлеченных ключевых иностранных специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера, Количество мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья (по 021 БП), Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку за рубежом – отсутствуют.

#### *Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности*

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

#### **Индикаторы**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование</b>	<b>План на 2022 год</b>	<b>Факт за 2022 год</b>	<b>Факт за 2021 год</b>	<b>Сведения о достижении</b>
<b>1</b>	<i>Доход на 1 койку (млн. тенге)</i>	<i>3,1 млн. тг.</i>	<i>3,4 млн. тг.</i>	<i>2,4 млн. тг.</i>	<i>Перевыполнение</i>
<b>2</b>	<i>Амортизационный коэффициент</i>	<i>не более 26%</i>	<i>19%</i>	<i>18%</i>	<i>Достиг</i>
<b>3</b>	<i>Оборачиваемость активов</i>	<i>22%</i>	<i>27%</i>	<i>27%</i>	<i>Достиг</i>
<b>4</b>	<i>Рентабельность (эффективная деятельность)</i>	<i>2%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,3%</i>	<i>Не достиг</i>
<b>5</b>	<i>Рентабельность активов (ROA)</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,5%</i>	<i>Достиг</i>
<b>6</b>	<i>Доля доходов от платных услуг</i>	<i>не менее 2%</i>	<i>5,4%</i>	<i>5%</i>	<i>Достиг</i>

#### **Причины не достижения:**

Причинами не достижения являются: Недостижение плана по рентабельности связано с невыполнением плана по платным услугам. При первоначальном плане 150,0 млн тенге фактически выполнено на сумму 120,0 млн тенге (в связи с ремонтом аппарата КТ в период июль-август месяца 2022 года).

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 18 индикаторов наблюдается достижение 10 индикаторов, не достигнут – 8 индикатор.

#### Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2022 год	Факт за 2022 год	Факт за 2021 год	Сведения о достижении
1	Удовлетворенность пациентов	не менее 78%	98%	78%	Достиг
2	Показатели ВБИ	0%	0%	0%	-
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	0%	0%	0%	-
4	Общая летальность	0%	0%	0%	-
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0	-
6	Уровень послеоперационных осложнений	0%	0%	0%	-
7	Доля пациентов, пролеченных по ВСМП	0%	0%	0%	-
8	Доля иногородних пациентов	0%	0%	0%	-
9	Время ожидания госпитализации в стационар	1-2 недели	1-2 недели	1-2 недели	Достиг
10	Материнская смертность	0%	0%	0%	-
11	Младенческая смертность	не более 8%	7,4 %	0 %	Достиг
12	Охват беременных до 12 недель	не менее 91,7 %	99,9%	99,9%	Достиг
13	Охват контрацепцией ЖФВ с тяжелой ЭГЗ и противопоказаниям к беременности	не менее 93,0%	100%	100%	Достиг
14	Частота беременных с тяжелой ЭГЗ и противопоказаниям к беременности на 1000 родов	не более 10,6%	0,2%	0%	Достиг
15	Частота беременности среди подростков на 1000 родов	не более 14,0%	0%	0%	Достиг
16	Частота аборт на 1000 ЖФВ	3,0%	2,0%	1,5%	Достиг
17	Процент охвата пренатальным биохимическим скринингом	не менее 88,5%	95,6%	95,0%	Достиг
18	Неонатальная смертность	не более 2,8%	0,2%	0%	Достиг

**Причины не достижения:**

- Показатели ВБИ, уровень послеоперационной летальности пациентов, количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения, уровень послеоперационных осложнений, общая летальность не зарегистрировано.

**Примечание:** Доля пациентов по ВСМП не проходят лечение, а направляются по квоте. Доля иногородних пациентов обслуживаются на платной основе, а также Организация работает по прикрепленному населению.

#### Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов (дневной стационар), не достигнуты – 0 индикатора.

№ п/п	Наименование	План на 2022 год	Факт за 2022 год	Факт 2021 год	Сведения о достижении
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	100%	100%	100%	Достиг
2	Оборот койки	100%	100 %	100%	Достиг
3	Средняя занятость койки	100%	100%	100%	Достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в дневном стационаре	6-7 дней	6-7 дней	6-7 дней	Достиг
5	Средняя длительность дооперационного пребывания	0	0	0	-

#### Причины не достижения:

Средняя длительность дооперационного пребывания отсутствует в Организации т.к. в дневном стационаре не проводятся операционное лечение.

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

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

	Наименование	Факт за 2020 год	Факт за 2021 год	Факт 2022 год
1	Удовлетворенность пациентов	95%	78%	98%
2	Удовлетворенность работников	89%	78%	80%
3	Доходы за отчетный период составляют всего	1 142 496,2 тыс.тенге	1 811 567,6 тыс.тенге	2 196 000,0
4	Расходы всего за отчетный период составляют	1 141 088,9 тыс.тенге	1 806 585,7 тыс.тенге	2 192 000,0
5	Доходы от платных медицинских услуг	16 628,2 тыс.тенге	102 019,0 тыс.тенге	119 984,1
6	Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed)	1	0	0
7	Количество финансируемых научно-исследовательских программ (проектов), в т.ч. международных грантов	3	0	0
8	Количество пролеченных пациентов в дневном стационаре	860	1241	1306
9	Летальность	0%	0%	0%



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

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

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

Мероприятие 1. Использование амортизационных фондов.

*Согласно бюджета в 2022 году за счет средств местного бюджета предусмотрено 188 478,7 тыс. тенге на приобретение основных средств и автотранспорта в количестве 4 единиц. Из них в отчетном году израсходовано на сумму 188 478,7 тыс. тенге, в том числе автотранспорт – на сумму 58 643,2 тыс. тенге и медицинское оборудование на сумму 129 835,5 тыс. тенге.*

### **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.

*С 2022 года в Прейскурант цен на платные услуги включены новые услуги - компьютерная томография в отделении лучевой диагностики.*

*В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается **увеличение доходов** от платных услуг, рост по платным услугам составляет всего 17,6% (план 45%). Так, за 2022 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 119 984,1 тыс. тенге (в 2021 году – 102 019,0 тыс. тенге) (100%) при плане – 120 000 тыс. тенге.*

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

*Совершенствование маркетинговой политики Организации на 2022 год, согласно которому проводилась работа по 3 основным направлениям:*

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

*2) На постоянной основе обновляется информация на сайте Организации [emhana13.kz](http://emhana13.kz), а также проводится работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook» и «Instagram». Обращение граждан в ИКотек-109 всего составило за 2022 года – 795 обращений, из них: жалобы - 447 и благодарственные письма – 331, обращение граждан в «Instagram» - 60, блог директора – 119.*

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

### **4.3. Оценка эффективности использования основных средств**

*За отчетный год доходы от платных медицинских услуг выполнены в сумме на 119 984,1 тыс. тенге, что составило 5,4% от общего объема доходов. Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 17,6% в сравнении с прошлым годом.*

### **4.4. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода**

*Привлечение дополнительных источников финансирования:*

Мероприятие 1. Оказание коммерческих медицинских услуг.

*Организацией за 2022 год оказаны медицинские услуги (субподряд) на сумму 92 929,8 тыс. тенге (в 2021 году – 76 957,4 тенге).*

## **РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

### **5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов**

*В соответствии с приложением 1 приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 ноября 2020 года №ҚР ДСМ-194/2020 «Об утверждении правил прикрепления физических лиц к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь»:*

*Прикрепление граждан к организациям ПМСП по основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2), 3), 4), 5) пункта 10 настоящих Правил, осуществляется путем подачи лицом электронного заявления через ПЭП на прикрепление.*

*За 2022 год в дневном стационаре в организации на 32 койках было пролечено 1306 пациентов, проведенные койка-дни - 7427 и на одного пациента в среднем составило - 7,4 койка-дней, что на 5% больше пролеченных пациентов, по сравнению с показателями прошлых лет (2021 год в дневном стационаре в организации на 32 койках было пролечено 1241 пациентов, проведенные койка-дни - 6473 и на одного пациента в среднем составило - 7,04 койка-дней.*

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

*С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов Организацией ежеквартально проводится анкетирование пациентов по оценке деятельности организации и удовлетворенности населения.*

*Повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, является одной из значимых задач, стоящих перед любой медицинской организацией. В условиях поиска новых методов к повышению качества оказания медицинских услуг, по мнению пациентов могут служить одним из критериев в комплексной оценке деятельности медицинской организации.*

*Результаты изучения удовлетворенности качеством предоставляемых медицинских услуг достаточно точно отражают позитивные и негативные тенденции, позволяют выявить факторы, снижающие удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием. В связи с этим, позволяет своевременно принимать корректирующие меры и служит объективным основанием при принятии соответствующих решений руководством организации.*

*Целью настоящего исследования, явилось изучение мнения пациентов без определенной выборки о предоставляемом качестве медицинских услуг.*

*Объектом исследования были пациенты в возрасте старше 18 лет, приходившие на консультацию/лечение в 2022 г. и давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Сбор статистического материала проводился сплошным способом, методом анкетирования пациентов, ожидающих в очереди на прием.*

*В ходе сбора материала заполнено 375 анкет, после проверки в анализ включены все анкеты.*

*Большинство опрошенных респондентов – работающие люди (70%) в возрасте от 18-39 лет (50%), которые выбрали нашу Организацию по праву свободного выбора, (97%). 5% респондентов ожидают очереди в регистратуру до 15 минут, 95% ответили, что очереди не было. Описывая ситуацию ожидания приема врача, можно сделать вывод, что 60% пациентов ожидают до 15 минут, а более одного часа – 0%, 40% отметили, что очереди к врачу не было. Явка медицинского работника на следующий день после вызова – не было. 84% респондентов ответили, что остались довольны результатом обращения в Организацию. По результатам*

проведенных анкетировании за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 85,0%.

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

В Организации отмечается уменьшение отказов на 16,7%: с 180 в 2021 г. до 150 в 2022 г., снижение количества направленных на госпитализацию на 42,8% с 2100 в 2021 г., до 3660 в 2022 году, снижение госпитализированных на 3,1%, с 1920 в 2021 году, до 1881 в 2022 году.

### **5.4. Безопасность пациентов**

Организационная культура, является основным источником для создания качественной медицинской помощи и улучшения безопасности пациентов. Культура безопасности пациентов - это культура, где безопасность пациента стоит на первом месте для всех сотрудников в оказании услуг и отражает, насколько безопасен уход за пациентами. Осведомленность о безопасности пациентов, готовность сообщать о фактах инцидентов и учиться на медицинских ошибках, является стартовой отправной точкой для культуры безопасности.

Наличие культуры безопасности поддерживает рабочую среду, где многие компоненты учтены и признаны как факторы, способствующие к инциденту. Системный подход к причинной связи инцидента отдаляет от фокусирования и наложения вины на человека и рассматривает то, что случилось с системой, в которой работают люди. Обнаружение недостатков в системе, приведших к инциденту, дополнительно к действиям человека, поможет организациям извлечь уроки и, возможно, предотвратить повторение инцидента.

#### **Открытость и справедливость:**

Фундаментальной частью культуры безопасности, является обеспечение открытой и справедливой рабочей среды. Это означает, что:

- Персонал открыто говорит об инцидентах, в которые они были вовлечены;
- Персонал может сообщать своим коллегам и руководству о любом инциденте;
- Пациенту сообщается, когда что-то происходит не правильно, и дают пояснения, какие уроки будут извлечены;
- С персоналом обращаются справедливо и ему оказывают поддержку, когда происходит инцидент.

#### **Лидерство и культура:**

Установить четкий и сильный фокус на безопасности пациентов во всей организации. Лидерство и организационные обязательства являются основой для достижения высоких стандартов безопасности пациентов. Хотя ответственность за обеспечение качества медицинской помощи и улучшение безопасности пациентов должна быть разделена между всеми сотрудниками Организации. Преданное и очевидное лидерство, а также сознательное установление приоритетов усилий по повышению качества будут содействовать обеспечению духом совершенствования и мотивации в Организации.

Обходы руководства по вопросам безопасности пациентов являются стартовой точкой для практических встреч высшего руководства и сотрудников в условиях отделения, чтобы обсудить проблемы безопасности в повседневной работе и вопросы, связанные с культурой безопасности пациентов в Организации. Метод способствует развитию диалога и дает возможность Исполнительному органу (руководителю) принять немедленные решения или установить приоритеты, необходимые для усовершенствования. Руководства клинической практики, основанные на доказательствах, улучшить результаты лечения пациентов и стандартизированные процессы работ (клинические протокола) улучшить безопасность пациентов.

### **Задачи обеспечения безопасности пациентов:**

- Поддерживать отчетность по инцидентам в открытой и честной среде.
- Обучать персонал Организации в рамках безопасности пациентов и расследовать инциденты.
- Формирование осведомленности с помощью включения вопросов безопасности пациента в инструктаж персонала.
- Открытая и честная передача информации по неблагоприятным событиям.
- Способствовать открытому, двустороннему диалогу между медицинскими работниками и пациентами, когда что-то происходит.
- Внутренний аудит жалоб пациентов.

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

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

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку (Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку); отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 20% от плана и на 9% от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности персонала 2020 г. – 68 %; 2021 г. – 78 %; 2022 г. – 80 %). А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Отделом управления человеческими ресурсами проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год составляет 34% при плане «не более» 15%, из них уровень текучести врачей – 15% (план «не более» 7%), СМР – 10% (план – «не более» 7%), ММП – 1% (план – «не более» 7%, прочий персонал – 8% (план – «не более» 7%).

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

В рамках данной цели запланированные мероприятия исполнены в 2022 году.

В Организации особое внимание уделяется профессиональному развитию медицинских сестер, включая расширение их прав и полномочий, улучшение медицинских навыков и этического поведения. В связи с этим на базе Организации на постоянной основе проводятся семинары.

За отчетный период проведено 12 общебольничных семинара для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

Во всех семинарах принимали участие специалисты сестринского дела медицинских отделений и вспомогательных служб.

### **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.

Приказом руководителя Организации утверждено Положение об оплате труда и мотивации работников и согласовано с наблюдательным советом.

### **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 ознакомиться с Кодексом деловой этики и иными корпоративными

документами, где указаны ориентиры профессиональной деятельности и корпоративной культуры.

За отчетный период проведены 8 корпоративных мероприятий в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыз мейрамы», «Дня медицинского работника», «День защитников отечества – 7 мая», «Международный день медицинской сестры», «День знания – 1 сентября», «Дня независимости» и «Новый год».

#### Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 147, из них АУП – 3, врачи – 45, СМР – 48, ММП – 13, прочие - 38. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 80, из них по причинам увольнения: 5 сотрудников – выход на пенсию, 46 – переезд в другой город, 10 – профессиональный рост, 6 – перевод на другую работу.

### **6.4 Управление рисками в работе с персоналом**

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 10 сотрудников);
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 207 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 177 сотрудникам);
- организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 187 сотрудников клинических отделений по вопросам экологической безопасности);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 78 сотрудников);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 1 объектовые тренировки).

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2022 году не было.

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

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

В 2020 году Организация успешно прошла аккредитацию. Свидетельство об аккредитации №KZ11VEG00010364 от 08.09.2020 г., о присвоение второй категории на 3 года. В рамках подготовки к прохождению реаккредитации осуществлены следующие мероприятия в рамках исполнения приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05 ноября 2021 года №ҚР ДСМ – 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (далее по тексту - Приказа):

- внедрены 20 индикаторов качества, пересмотрены 25 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам, с целью повышения эффективности работы в каждом клиническом отделении;

- Проведены семинарские занятия по теоретическим и практическим навыкам по международным кодам Безопасности пациентов:
- проведена самооценка 11 стандартов по разделу «Руководство» в соответствии с требованиями Приказа;
- проведена самооценка 16 стандартов по разделу: «Управление ресурсами» в соответствии с требованиями Приказа;
- проведена самооценка 24 стандартов по разделу: «Управление безопасностью» в соответствии с требованиями Приказа;
- проведена самооценка 37 стандартов по разделу: «Лечение и уход за пациентом» в соответствии с требованиями Приказа;
- проведена самооценка 18 стандартов по виду медицинской деятельности «Скорая медицинская помощь» раздел: «Лечение и уход за пациентом» в соответствии с требованиями Приказа;
- проведена самооценка 2 стандартов по виду медицинской деятельности «Скорая медицинская помощь» раздел: «Специальные службы» в соответствии с требованиями Приказа.

По оценке отдела менеджмента качества и безопасности пациентов, уровень соблюдения стандартов аккредитации в Организации за отчетный период составляет 93%.

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

Уровень использования коечного фонда за 2022 год составил 100% при плане 100%.

За 2022 год наблюдается рост средней длительности пребывания (СДП) пациентов в дневном стационаре с 7,04 дней в 2021 г. до 7,4 в 2022 г.

Отмечается увеличения оборота койки на 8,4%: с 68,5% в 2021 г. до 70,5% в 2022 г.

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

В Организации соблюдаются требования в области лекарственной безопасности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года №ҚР ДСМ-75 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)», приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 сентября 2020 года №ҚР ДСМ-104/2020 «Об утверждении Правил оптовой и розничной реализации лекарственных средств и медицинских изделий», приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 февраля 2021 года №ҚР ДСМ-19 «Об утверждении правил хранения и транспортировки лекарственных средств и медицинских изделий», приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 января 2015 года №32 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан», приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 04 февраля 2021 года №ҚР ДСМ-15 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик», приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 02 октября 2020 года №ҚР ДСМ-112/2020 «Об утверждении Правил выписывания, учета и хранения рецептов», приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-148/2020 «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности», приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года №ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения», приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 октября 2020 года №ҚР ДСМ-155/2020 «Об утверждении Правил уничтожения субъектами в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий в распоряжении которых находятся лекарственные средства и медицинские изделия, пришедшие в негодность, с истекшим сроком годности, фальсифицированные лекарственные средства и медицинские изделия и другие, не соответствующие требованиям»

*законодательства Республики Казахстан» и приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 07 июля 2021 года №ҚР ДСМ-58 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий».*

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	1,1	3,4	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 2%	5,4%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	0,4%	0,5%	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	Удовлетворенность пациентов*	%	-	-	78%	98%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	-	-	0%	0%	-
3	Доля пациентов, пролеченных по ВСМП*	%	Единая информационная система здравоохранения	Организационно-методический отдел	-	116	-



### 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 международным стандартам GCP*	%	0	0	0%	0%	Не Достиг
2	Текущая кадров*	%	-	-	не более 15%	34%	Не Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала*	%	-	-	не менее 85%	80%	Достиг

### Стратегическое направление 4 (операционные процессы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) *	Случаи	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	Отсутствие	0	0
2	Средняя длительность пребывания пациента в дневном стационаре*	Дни	Медицинская карта стационарного больного	Дневной стационар	не более 6-7 дней	7 дней	Достиг
3	Оборот койки*	Кол-во	Стат. данные	Дневной стационар	100 %	100 %	Достиг

\*-пример