

ПРИНЯТ:
Решением наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13
акимата города Астана»
№1 от 26 марта 2024 года

Годовой отчет о деятельности организации здравоохранения для опубликования на сайте
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13 акимата города Астана»
(наименование медицинской организации)
за 2023 год

г. Астана, 2024 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 ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Астаны, 20.08.2019 года №106-1168 постановлением акимата города Нур-Султан ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Астаны переименовано в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Нур-Султан, 01.11.2022 года №106-3108 постановлением акимата города Астана ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Нур-Султан переименовано в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №13» акимата города Астана (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 10 медицинских участков, проспект Тәуелсіздік, зд. 11/2 - 19 медицинских участков и проспект Ш. Құдайбердіұлы, дом 2Б, н.п. 1 и н.п. 3 – 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.

2023 год в цифрах

- Количество посещений пациентов: **233 835**
- Количество пролеченных пациентов в дневном стационаре: **1797**
- 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 2023 года количество сотрудников – 341, физ. лица -284, из которых:*
 - *Медицинский персонал – 221 (87 врачей, 118 СМП, 16 ММП);*
 - *Административно-управленческий персонал – 63;*
 - *58 работника находится в декретном отпуске по уходу за ребенком до 3 (трёх) лет.*
- *Снижение текучести персонала с 48% в 2022 году до 34% в 2023 году.*
- *Выручка от оказания услуг: 1 994 796,0 тыс. тенге, прибыль за год: 308,0 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
- 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 №96-ө от 03.03.2023 года ГУ «Управление общественного здравоохранения» города Астана утвержден следующий состав наблюдательного совета:

Председатель наблюдательного совета – Нургожаев Али Александрович.

Члены наблюдательного совета:

- Алдабергенова Салтанат Ахметхановна.
- Калмакова Жанар Амангельдиевна.
- Кулмуканов Каршыга Какешович.
- Тлеубергенов Руслан Бакиджанович.

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 – руководитель отдела по контролю за качеством медицинских услуг Ким О.С., по штатному расписанию – 2,0 ставки врачей экспертов, заняты (Аубакирова Н.С. - 0,75 ставки; Алгожа А.Т. – 1,25 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 2023 год | Факт за 2023 год | Факт за 2022 год | Сведения о |
|-------|--------------|------------------|------------------|------------------|------------|
|-------|--------------|------------------|------------------|------------------|------------|

| | | | | | ДОСТИЖЕН ИИ |
|---|---|--------------|-----|-----|----------------|
| 1 | Количество привлеченных ключевых иностранных специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 2 | Количество мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья (по 021 БП) * | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 3 | Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом | 80% | 76% | 68% | Достиг |
| 4 | Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5. | не менее 1,5 | 1,5 | 1,5 | Достиг |
| 5 | Текущая текучесть кадров | не более 15% | 34% | 48% | Не достиг |
| 6 | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 80% | 92% | 80% | Достиг |
| 7 | Уровень обеспеченности жильем | 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 3 индикаторов, не достигнуты – 2, перевыполнение -1.

Индикаторы

| № п/п | Наименование | План на 2023 год | Факт за 2023 год | Факт за 2022 год | Сведения о достижении |
|-------|---|------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | Доход на 1 койку (млн. тенге) | 3,75 млн. тг. | 3,8 млн. тг. | 3,4 млн. тг. | Перевыполнение |
| 2 | Амортизационный коэффициент | не более 26% | 22% | 19% | Достиг |
| 3 | Оборачиваемость активов | 22% | 22% | 27% | Достиг |
| 4 | Рентабельность (эффективная деятельность) | 2% | 0,02% | 0,4% | Не достиг |
| 5 | Рентабельность активов (ROA) | 0,4% | 0,01% | 0,5% | Не достиг |
| 6 | Доля доходов от платных услуг | не менее 2% | 3,8% | 5,4% | Достиг |

Причины не достижения:

Причинами не достижения являются: Недостижение плана по рентабельности связано с невыполнением плана по платным услугам. При первоначальном плане 100,0 млн тенге фактически выполнено на сумму 76,0 млн., тенге (в связи со снижением объема услуг по Договорам Соисполнения – применение линейной шкалы со стороны НАО ФСМС).

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 2023 год | Факт за 2023 год | Факт за 2022 год | Сведения о достижении |
|-------|---|------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| 1 | Удовлетворенность пациентов | не менее 78% | 98% | 98% | Достиг |
| 2 | Показатели ВБИ | 0% | 0% | 0% | - |
| 3 | Уровень послеоперационной летальности пациентов | 0% | 0% | 0% | - |
| 4 | Общая смертность (на 100 000 тысяч населения) | | 558,8 (абсолют 256) | 486,1 (абсолют 256) | - |
| 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 | 2-3 недели | 2-3 недели | 2-3 недели | Достиг |
| 10 | Материнская смертность | 0% | 0% | 0% | - |
| 11 | Младенческая смертность | не более 8% | 5,0 % | 7,4 % | Достиг |
| 12 | Охват беременных до 12 недель | не менее 91,7 % | 100% | 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% | 0,2% | Достиг |
| 15 | Частота беременности среди подростков на 1000 родов | не более 14,0% | 0% | 0% | Достиг |
| 16 | Частота аборт на 1000 ЖФВ | 3,0% | 2,9% | 2,0% | Достиг |
| 17 | Процент охвата пренатальным биохимическим скринингом | не менее 88,5% | 95,0% | 95,6% | Достиг |
| 18 | Неонатальная смертность | не более 2,8% | 2,0% | 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 2023 год | Факт за 2023 год | Факт 2022 год | Сведения о достижении |
|-------|---|------------------|------------------|---------------|-----------------------|
| 1 | Уровень компьютеризации рабочих мест | 100% | 100% | 100% | Достиг |
| 2 | Оборот койки | | 56,2 | 40,8 | Достиг |
| 3 | Средняя занятость койки | | 328,8 | 232,0 | 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 2021 год | Факт за 2022 год | Факт 2023 год |
|---|---|-----------------------|------------------|---------------|
| 1 | Удовлетворенность пациентов | 78% | 98% | 98% |
| 2 | Удовлетворенность работников | 78% | 80% | 85% |
| 3 | Доходы за отчетный период составляют всего | 1 811 567,6 тыс.тенге | 2 196 000,0 | 1 994 796,0 |
| 4 | Расходы всего за отчетный период составляют | 1 806 585,7 тыс.тенге | 2 192 000,0 | 1 994 488,0 |
| 5 | Доходы от платных медицинских услуг | 102 019,0 тыс.тенге | 119 984,1 | 75 784,0 |
| 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 | 1241 | 1306 | 1797 |
| 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 2023 году за счет средств местного бюджета предусмотрено 37 253,5 тыс. тенге на приобретение основных средств. Из них в отчетном году израсходовано на сумму 37 253,5 тыс. тенге, в том числе на медицинское оборудование на сумму 37 253,5 тыс. тенге. Также выделены средства из местного бюджета на капитальный ремонт помещения расположенного по адресу: город Астана, проспект Ш. Құдайбердіұлы, дом 2Б, н.п. 1 и н.п. 3 и ремонт теплового узла в основном здании организации по адресу: город Астана, проспект Тәуелсіздік, здание 11/2 в размере суммы 84 876,2 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.

*В связи с началом применения Линейной шкалы со стороны НАО ФСМС, по договорам Соисполнения с частными клиниками за отчетный период наблюдается **снижение доходов** от платных услуг, исполнение составляет 76%. Так, за 2023 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 75 784,0 тыс. тенге (в 2022 году – 119 984,1тыс. тенге) (100%) при плане – 100 000 тыс. тенге.*

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Совершенствование маркетинговой политики Организации на 2023 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 ethana13.kz, а также проводится работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Instagram». Обращение граждан в ИКотек-109 всего составило за 2023 года – 870 обращений, из них: жалобы - 589 и благодарственные письма – 281, обращение граждан в «Instagram» - 81, блог директора – 97.

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 75 784,0 тыс. тенге, что составило 4% от общего объема доходов. Отмечается снижение доли доходов от платных услуг на 36,8% 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 2023 год оказаны медицинские услуги (субподряд) на сумму 56 205,9 тыс. тенге (в 2022 году – 92 208, 0 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 2023 год в дневном стационаре в организации на 32 койках было пролечено 1797 пациентов, проведенные койка-дни - 10523 и на одного пациента в среднем составило - 7,4 койка-дней, что на 28% больше пролеченных пациентов, по сравнению с показателями прошлых лет (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 - 7,04 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 2023 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 400 анкет, после проверки в анализ включены все анкеты.

По результатам проведенного анкетирования можно сказать следующее, что преимущественно обращались к ВОП - до 32,5 %, при этом мужчин значительно меньше - 40,5%, женщин – 59,5%.

По социальному статусу – наибольшее количество прошли анкетирование пенсионеры - 37,0%.

Преимущественно обращались в поликлинику по поводу острого заболевания - 48,75%, и в связи с динамическим наблюдением - 39,0%. Следует отметить малый процент - 6,25 % по поводу профилактического осмотра.

По поводу профилактического осмотра письменным приглашением (в том числе по whatsapp) были приглашены только - 8%, путем обзвона – 20,0%, и 72% пришли самостоятельно (по острому заболеванию и были направлены на скрининг по целевым группам).

Отмечается относительно длительное ожидание приема профильного специалиста до 30мин – 48,0 %. До 1 часа- 16,25%, более -1 часа 4,5%. Во многом определяется все большей потребностью в консультациях узких специалистов. Зачастую ожидание происходит при приеме между записанными пациентами «экстренного» пациента.

К сожалению ожидание некоторых диагностических процедур (дорогостоящих) до 5 дней - 150 пациентов (38,5%), ожидание свыше 7 дней – 117 пациентов (29,25%)

Информированное согласие при проведении инвазивных процедур подписывали пациенты в 100,0% случаев

Выяснение риска падений у пациента в 98,5% случаев.

Получена информация пациентом по поводу действия лекарственных препаратов в 100,0% случаях.

Профилактика распространения инфекционных заболеваний проводится в 99,5%.

В целом пациенты удовлетворены при выдаче рецептов для АЛО. В 49,0% препараты не выписывались.

Удовлетворенность в получении информации при лекарственном обеспечении – 93,75%

Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи – 95,0%.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается уменьшение отказов на 22,3%: с 616 в 2022 г. до 479 в 2023 г., снижение количества направленных на госпитализацию на 5,6% с 4660 в 2022 г., до 4400 в 2023 году, снижение госпитализированных на 12,1%, с 1629 в 2022 году, до 1449 в 2023 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, улучшают результаты лечения пациентов и стандартизированные процессы работ (клинические протокола) улучшают 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 8 % от значения прошлого года.

С целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Отделом управления человеческими ресурсами проводится анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. (Уровень удовлетворенности персонала 2021 г. – 78 %; 2022 г. – 80 %; 2023 г. – 92 %). Текучесть кадров за отчетный год составляет 34% при плане «не более» 15%, из них уровень текучести врачей – 10% (план «не более» 7%), СМР – 15% (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 2023 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 общеполитических 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 9 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыз мейрамы», «Дня медицинского работника», «День защитников отечества – 7 мая», «Международный день медицинской сестры», «День знания – 1 сентября», День Республики РК, «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 156, из них АУП – 0, врачи – 41, СМР – 66, ММП – 9, прочие - 40. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 85, из них по причинам увольнения: 56 – переезд в другой город, 10 – профессиональный рост, 5 – 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 240 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 141 сотрудникам);
- организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 240 сотрудников клинических отделений по вопросам экологической безопасности);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 141 сотрудников);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 1 объектовые тренировки).

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2023 году не было.

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

В 2023 году Организация успешно прошла аккредитацию. Свидетельство об аккредитации №KZ56VEG00013531 от 09.08.2023 г., о присвоение первой 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 97%.

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

Уровень использования коечного фонда за 2023 год составил 100% при плане 100%.

За 2023 год наблюдается рост средней длительности пребывания (СДП) пациентов в дневном стационаре с 7,04 дней в 2022 г. до 7,4 в 2023 г.

Отмечается увеличения оборота койки на 8,4%: с 68,5% в 2022 г. до 70,5% в 2023 г.

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

В Организации соблюдаются требование 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)», приказ 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 | 3,75 | 3,8 | Достиг |
| 2 | Доля доходов от платных услуг* | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | не менее 2% | 4% | Достиг |
| 3 | Рентабельность активов (ROA)* | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 0,4% | 0,02% | 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 | 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 | - | 113 | - |

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% | 92% | 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