



Утвержден

Главный врач

КГП «Карабалыкская ЦРБ»

Шимписов Б.Н.

**Годовой отчет
о деятельности КГП «Карабалыкская ЦРБ»
для опубликования на сайте
За 2018 год**

п.Карабалык 2019 г

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)

1.2. Стратегия развития (стратегические цели и задачи)

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

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

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

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

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

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

4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

4.3. Отчет об изменениях в капитале

4.4. Отчет о движении денежных средств

4.5. Оценка эффективности использования основных средств

4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов

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

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

5.4. Безопасность пациентов

5.5. Управление рисками в работе с пациентами

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

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

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

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

6.4. Управление рисками в работе с персоналом

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

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

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

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

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

1.1 Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг

КГП «Карабалыкская центральная районная больница» Управления здравоохранения акимата Костанайской области п.Карабалык ул.Фабричная 2

Сеть объектов первичной медико-санитарной помощи, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению составляет 39 организаций, в том числе:

центральная районная больница мощностью 250 посещений, стационаром на 60 коек (*профиль коек: терапевтические, хирургические, травматологические, неврологические, педиатрические, инфекционные, родильные, гинекологические, патологии беременности, неврология восстановительная*), дневным стационаром при поликлинике на 22 койки, при стационаре -21; врачебных амбулаторий – 2 (Боскольская, Смирновская);

фельдшерско-акушерских пунктов – 5 (Тогузакский, Бурлинский, Новотроицкий, Станционный, Михайловский);

медицинских пунктов – 31.

Все объекты первичной медико-санитарной помощи обеспечены телефонной связью -100%

Компьютеризированы и подключены к интернету: центральная районная больница (*имеется офиц. сайт предприятия*), врачебные амбулатории -2, фельдшерско-акушерские пункты – 2.

Финансирование предприятия осуществляется за счет средств Республиканского бюджета. Бюджет на 2018 год составляет 604 197 тыс. тенге. Средняя заработная плата врача (*с учетом стимулирующего компонента подушевого норматива*) составила 175 251 тенге, среднего медицинского работника – 112 757 тенге.

Миссия

Реализация государственной политики, осуществление межотраслевой координации и государственное регулирование услуг в области здравоохранения.

Видение

Эффективная система здравоохранения, обеспечивающая предоставление качественной медицинской помощи и способствующая формированию здорового человека и общества.

2018 год в цифрах

- *Количество пролеченных пациентов: 2093*
- *Количество проведенных операций: 328*
- *Случаи внутрибольничных инфекций ВБИ - 0*
- *Уровень использования коечного фонда: 100%*
- *Пролечено 19 иностранных пациентов*
- *Всего на конец 2018 года количество сотрудников – 325, из которых:*
 - *Врачи – 33*
 - *Средний медицинский персонал- 160.*
- *Текущая текучесть персонала 10% в 2018 году, против 13,4% в 2017 году*

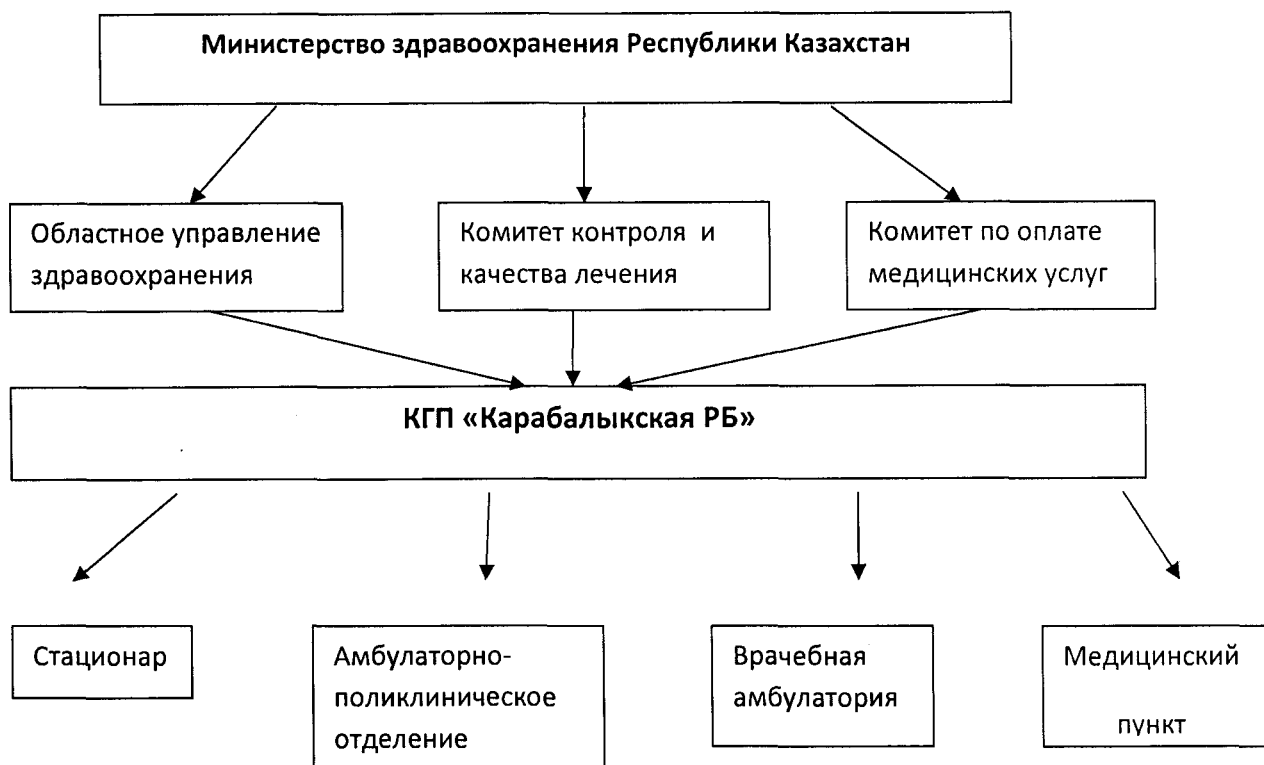
1.2 Стратегия развития

Организация работает по 3 стратегическим направлениям:

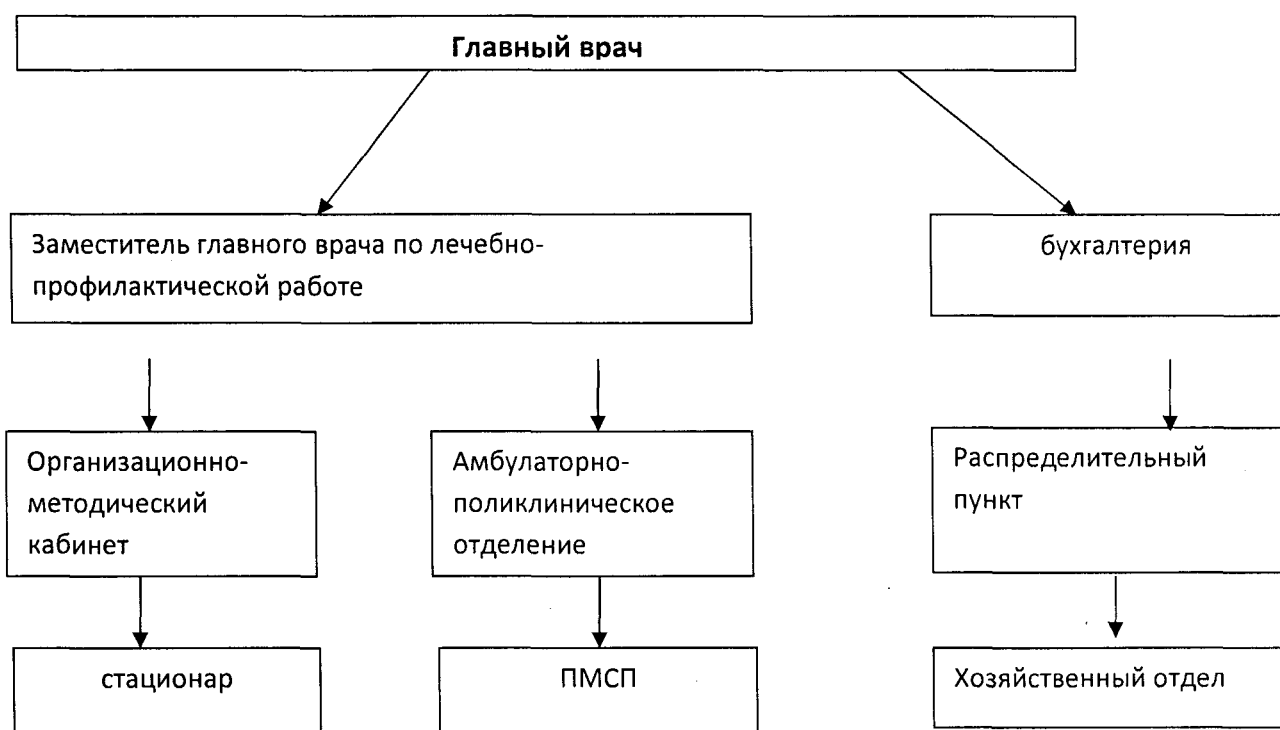
1. Укрепление здоровья граждан
2. Повышение эффективности управления системой здравоохранения
3. Развитие кадровых ресурсов

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1 Структура управления



Структура управленческого аппарата



2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

Служба внутреннего аудита (СВА) - структурное подразделение Организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации и наделенное соответствующими полномочиями в соответствии с утвержденной должностной инструкцией и Положением о Службе внутреннего аудита

Руководитель СВА – Черепанова Л.В., Прудникова Н.А.

Основными направлениями работы СВА являются:

- анализ отчетов по работе клинических подразделений;
- анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;
- аттестация отделений, сотрудников на соответствие должности по оказанию экстренной помощи;
- 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: Комплектование ЛПО специалистами согласно штатному расписанию, повышение квалификации кадров в соответствии со стандартами.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижениях
1	Комплектование ЛПО - Педиатрами - Акушер - гинекологами	1 1	0 0	1 0	Не достиг
2	Направление специалистов на переподготовку	1	2	2	Достиг
5	Текучесть кадров	не более 9%	10%	12,6%	Не достиг
6	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 70%	70%	70%	Достиг
7	Уровень обеспеченности жильем	не менее 59,1%	20 %	-	Не достиг

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018 год*	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижениях
1	Доход на 1 койку (млн. тенге)	5,4 млн. тг.	5,4 млн. тг.	5,4 млн. тг.	Достиг
2	Амортизационный коэффициент	не более 42%	41,0%	41,0%	Достиг
3	Оборачиваемость активов	2,1%	2,1%	2,1%	Достиг
4	Рентабельность (эффективная деятельность)	0,235%	0,235%	0,235%	Достиг
5	Рентабельность активов (ROA)	0,4%	0,4%	0,4%	Достиг
6	Доля доходов от платных услуг	не менее 4%	4%	4%	Достиг

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижениях
1	Удовлетворенность пациентов	75%	75%	75%	Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 4%	0	0	Достиг
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 1,6%	1,4%	0,9%	Достиг
4	Общая летальность	не более 0,9%	0,4%	0,6%	Достиг
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	0	0	Достиг
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 3%	0,3%	0,6%	Достиг
7	Доля пациентов, пролеченных по ВСМП	не менее 45%	43,3%	43,3%	Не достиг

Причины не достижения: Отсутствие пациентов ВСМП

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов наблюдается достижение 2 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижениях
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	100%	88,1%	75%	Не достиг
2	Оборот койки	не менее 26,9	35,2	37,5	Достиг
3	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 12,1 дней	8,3	8,2 дней	Достиг

Причины не достижения: 100% компьютеризация запланирована на 2019 год.

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

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

	Наименование	Факт за 2016 год	Факт за 2017 год	Факт за 2018 год
1	Удовлетворенность пациентов	75%	75%	75%
2	Удовлетворенность работников	95%	95%	95%
3	Доходы за отчетный период составляют	661 224,0 тыс.тенге	695 661,3 тыс.тенге	633726
4	Расходы всего за отчетный период составляют	692 380,0 тыс.тенге	694 684,3 тыс.тенге	577960
5	Доходы от платных медицинских услуг	26 940,2 тыс.тенге	28 025,3 тыс.тенге	29529
6	Количество пролеченных пациентов	2489	2237	2093
7	Летальность	0,5%	0,6%	0,4%

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

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

Рентабельность активов

ROA=0.23

рентабельность собственного капитала

ROE =0,26

рентабельность продаж	ROS=0.14
леверидж	ФР=0,15
эффект левериджа	ЭФР=0,03
ЕБИТДА	44023

4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

Доходы в отчетном периоде составили 633726 тыс.тенге в т.ч.:

Госзаказ	-604197 тыс.тенге
Платные услуги	-29529 тыс.тенге
Безвозмездно полученные медикаменты	- 68 937,5 тыс.тенге
Прочие доходы	- 4 993,2 тыс.тенге

Расходы за отчетный период 577 960 тыс.тенге в т.ч. :

Госзаказ	- 566 875 тыс.тенге
Платные	- 11 085 тыс.тенге
Безвозмездно полученные медикаменты	- 72 247 тыс.тенге
Прочие расходы	- 2 858 тыс.тенге
Износ ОС и НА	-42 433 тыс.тенге

Себестоимость реализованных медицинских услуг в отчетном периоде составила -636 767,3 тыс.тенге

Административные расходы в отчетном периоде - 55 059 тыс.тенге

За отчетный период получена прибыль в сумме- 977 тыс.тенге.

4.3 Отчет об изменениях в капитале

На 1 января 2018 года капитал составлял 370 136 тыс.тенге в т.ч.:

Уставный капитал -233 695 тыс.тенге

Нераспределенная прибыль прошлых лет-136 441 тыс.тенге

В отчетном периоде получена прибыль -977 тыс.тенге

На 31 декабря 2018 года капитал составил :371 113 тыс.тенге

Уставный капитал – 233 695 тыс.тенге

Нераспределенная прибыль – 137 418 тыс.тенге

4.4 Отчет о движении денежных средств

На 1 января 2018 года денежные средства на расчетном счете составили 7886,6 тыс.тенге

За отчетный период поступило 633 726 тыс.тенге в т.ч. :

выручка от реализации медицинских услуг составила 652 910,2 тыс.тенге

Спонсорская помощь -2 000 тыс.тенге

За реализацию бесплатного фонда – 1 545 тыс.тенге

За отчетный период выбыло 634 664,4 тыс.тенге в т.ч. :

На приобретение сырья и материалов, услуг - 157 398 тыс.тенге

Выплату заработной платы - 372005 тыс.тенге

Налоги - 37 471 тыс.тенге

Спонсорская помощь - 2 000 тыс.тенге

Остаток на конец отчетного периода составил -51 012,5 тыс.тенге

4.5 Оценка эффективности использования основных средств

Привлечение дополнительных источников финансирования:

Мероприятие 1. За 2018 год произведено совершенствование и укрепление материально-технического оснащения за счет средств местного бюджета на 29 635,0 тыс.тенге, что соответствует плановому показателю.

4.6 Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

Мероприятие 1. Формирование, совершенствование и расширение пакета платных услуг.

В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается **увеличение доходов** от платных услуг. Так, за 2018 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 29529 тыс.тенге.

Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 5,3% в сравнении с прошлым годом.

Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 617 264 тыс. тенге, что соответствует плановому значению согласно Плана развития, на 7830 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год –609 434 тыс. тенге). В общей структуре доходов 587 735,2 тыс. тенге (95,2%) составляет ГОБМП.

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Решением администрации на 2018 год, проводилась работа по 2 основным направлениям:

1) Имидж (администрирование сайта; ведение официальных страниц Организации в социальных сетях; продвижение сайта в социальных сетях; информационное взаимодействие с местными СМИ).

Еженедельно обновлялась информация на сайте Организации (количество посетителей до 25 человек за сутки, до 752 человек в месяц), проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Instagram» (417 подписчиков). В поликлинике, 4 стационара обеспечены буклетами об Организации, в районной газете «Айна» вышло 28 информационных материалов.

2) Внутренний маркетинг: С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов Организацией ежемесячно проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетирований за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 95% против 94% в 2017 году. Данный факт связан с активной работой Организации в 2018 году по развитию госпитального сервиса. Кроме того, согласно приказа 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 94%.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов

За 2018 год в Организации было пролечено 2093 пациентов (в рамках ГОБМП + на платной основе), (за 2017 г.- 2276, за 2016 г. – 2489, за 2015 г. – 2351 пациентов).

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделениях в 2018 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 366 дней работы койки в 2018 году

Организационно-методическая работа

По итогам 2018 года было организовано 30 плановых выездов в ФАПы и МП. При выездах проконсультировано 512 пациентов.

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

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов есть возможность обратиться по телефону 3-51-08.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается уменьшение оборота койки на 4,2 %: с 37,5 в 2017 г. до 35,2 в 2018г. При этом, количество поступивших больных уменьшилось с 2255 поступивших больных за 2017 г, до 2125 в 2018 г.

5.4. Безопасность пациентов

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

проведена оценка индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;

пересмотрены 7 правил для сотрудников, описывающих процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации в соответствии с международными требованиями;

пересмотрены 5 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 6 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;

В связи с внедрением новых технологий важнейшим механизмом трансферта является обучение и повышение квалификации специалистов из регионов.

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	Запланированны е мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины неисполнен ия
1	2	3	4	5	6
Возникновение внутрибольнич ной инфекции (БВИ)	- На показатель качества; Цель 1: Создание пациент- ориентированн ой системы оказания медицинской помощи. Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.	- Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре); - Дополни тельные 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	-

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной и международной аккредитации: ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг своевременности предоставления информации по выписанным пациентам; проведение экспертизы медицинской помощи по летальным случаям. 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:

Обучение и переподготовка ключевых специалистов:

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 30 сотрудников Организации, что составляет 9,3% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 5, СМР – 24, прочие – 1 человек.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку / отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 18% от плана и на 10% от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности персонала 2017г. – 79%; 2017 г. – 89%). Текучесть кадров за отчетный год составляет 11% при плане «не более» 13%, из них уровень текучести врачей – 4,7% (план «не более» 10%), СМР – 13,2% (план – «не более» 20%), ММП – 11,5% (план – «не более» 25%).

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

В рамках данной цели запланированные мероприятия исполнены в 2017 году.

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 постоянной основе проводятся конференции и семинары.

За отчетный период проведено 5 общебольничных конференций для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков. Во всех конференциях принимали участие специалисты сестринского дела клинических отделений и вспомогательных служб, члены Правления, сотрудники 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 утверждено Положение об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда. Определен механизм распределения фонда оплаты труда по критериям для всех работников Организации. 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 мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «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 Международного женского дня, Наурыз-мейрамы, Дня медицинского работника.

6.4 Управление рисками

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

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

- обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (подлежит обучено 2 сотрудника);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 12 сотрудникам);
- организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 305 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

В 2015 году Организация успешно прошла аккредитацию.

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- СКПН (введены индикаторы процесса охвата ФОГ, скрининга, диспансерного учета);
- пересмотрены 7 правил для сотрудников, описывающие процессы и процедуры от приема пациента в приемном покое до его выписки, а также внедрены формы медицинской документации, в соответствии с международными требованиями;
- пересмотрены 5 клинических протоколов диагностики и лечения нейрохирургических пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;
- пересмотрены 6 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;

По оценке отдела менеджмента качества и безопасности пациентов, 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 2017 год составил 100% при плане 100%.

За 2018 год наблюдается небольшое увеличение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 8,2 дней в 2017 г. до 8,3 в 2018 г. при плане 9,0 дней за 2018 г.

Отмечается снижение оборота койки на 2,3 % : с 37,5 в 2017 г. до 35,2 в 2018 г. При этом, количество поступивших больных составило 2255 поступивших больных за 2017 г. , 2125 в 2018 г.; количество выписанных за 2017 г. составляло 2236 против 2093 за 2018 г.

За 2018 год наблюдается снижение показателей госпитальной летальности 0,6 в 2017г. до 0,4 в 2018 г.

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

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

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	5,4	Достиг
2	Рост оказания платных мед. услуг	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 5,0%	5,3%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	0,23%	0,23%	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*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	75%	75%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	Стат. данные	Стат. отдел	не более 1,6%	0,9%	Достиг

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	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку	Кол-во	Отчет от HR-службы	HR-служба	54	54	Достиг
2	Текущая текучесть кадров*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не более 9%	13,4%	Не достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не менее 70%	95%	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	Отсутствует	0	Достиг
2	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре*	Дни	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	не более 12,1 дней	8,3	Достиг
3	Оборот койки*	Кол-во	Стат.данные	Заместитель главного врача	не менее 26,9 раза	35,2	Не достиг

В целях достижения главной цели Послания Президента Республики Казахстан «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» по вхождению Казахстана в число 30-ти развитых стран мира, деятельность Министерства здравоохранения Республики Казахстан направлена на улучшение здоровья граждан путем создания современной и эффективной системы здравоохранения.