



**Годовой отчет  
о деятельности организации здравоохранения для опубликования на сайте  
КГП на ПХВ «Павлодарская областная детская больница»  
за 2018 год**

г. Павлодар, 2019 год

## СОДЕРЖАНИЕ

### РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

- 1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)
- 1.2. Стратегия развития (стратегические цели и задачи)

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

- 2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров
- 2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

### РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

- 3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)
- 3.2. Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)

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

- 4.1. Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)
- 4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе
- 4.3. Отчет об изменениях в капитале
- 4.4. Отчет о движении денежных средств
- 4.5. Оценка эффективности использования основных средств
- 4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

### РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

- 5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов
- 5.2. Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.
- 5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.
- 5.4. Безопасность пациентов
- 5.5. Управление рисками в работе с пациентами

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

- 6.1. Основные показатели эффективности HR-менеджмента: обучение и переподготовка ключевых специалистов, текучесть кадров (по всем категориям), удовлетворенность работников условиями труда
- 6.2. Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты труда
- 6.3. Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)
- 6.4. Управление рисками в работе с персоналом

### РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

- 7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)
- 7.2. Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)
- 7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

### ПРИЛОЖЕНИЯ

## **РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

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

Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Павлодарская областная детская больница» – единственная в Павлодарской области многопрофильная детская лечебно-профилактическая организация, оказывающая стационарную помощь детскому населению Павлодарской области.

Больница оказывает специализированную стационарную помощь, в том числе восстановительное лечение и стационарозамещающую медицинскую помощь детскому населению области, проводит плановые и экстренные консультации детей с выездом в города и районы области, является клинической базой факультета усовершенствования врачей Семипалатинской медицинской академии курса педиатрии ПФУВ СГМА и медицинского колледжа.

Коечная мощность больницы на конец 2018 года составляет 460 коек, кроме того, 12 реанимационных коек, 20 коек стационарозамещающей медицинской помощи, 20 коек Центра детской амбулаторной хирургии.

В составе больницы имеются следующие специализированные отделения:

1. Хирургическое отделение – 45 коек;
2. Травматологическое отделение – 50 коек, в т. ч. 10 нейрохирургических коек, 6 ожоговых коек, 5 коек восстановительного лечения;
3. Отоларингологическое отделение – 40 коек, в т. ч. 15 коек челюстно-лицевой хирургии;
4. Офтальмологическое отделение – 20 коек, кроме того 5 коек дневного пребывания;
5. Неврологическое отделение – 50 коек, в т. ч. восстановительного лечения 5 коек, кроме того 5 коек стационарозамещающей помощи;
6. Кардионефрологическое отделение – 45 коек, в т. ч. нефрологические 22 койки, кардиологические 20 коек, гинекологические 3 койки, кроме того 5 коек стационарозамещающей помощи;
7. Соматическое отделение – 50 коек, в т. ч. педиатрические 30 коек, пульмонологические 10 коек, гематологические 10 коек, кроме того 5 коек дневного стационара;
8. Инфекционный стационар – 160 коек, в т. ч. 4 отделения по 40 коек.

#### **Миссия**

Удовлетворение потребностей детского населения области в получении специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи высокого качества в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, при обеспечении экономической эффективности и безубыточности медицинской организации в условиях рыночной экономики.

#### **Видение**

- современная многопрофильная медицинская организация;
- управляемая командой профессионалов;
- укомплектованная высококвалифицированными специалистами;
- оснащенная высокотехнологичным оборудованием;
- оказывающая качественную медицинскую помощь при высоком уровне сервиса.



### **2018 год в цифрах**

- Количество пролеченных пациентов: **18 785**
- Количество проведенных операций: **3 548**
- Внутрибольничные инфекции ВБИ за 2017-2018 годы **не зарегистрированы.**
- Уровень использования коечного фонда: **89,7%**
- Пролечено **54 иностранных** пациентов
- По консультативной поликлинике за 2018 год оказано **30 150** услуг
- По травматологическому пункту за 2018 год оказано **48 943** услуги
- Всего на конец 2018 года количество **сотрудников – 679**, из которых:
- Медицинский персонал – 549 (84 врачей, 292 -средних медицинских работников (СМП), 173 –младший медицинский персонал (ММП))
- Административно-управленческий персонал – 26, прочие – 104
- Понижение текучести персонала с **3,0 % в 2017 году до 2,52 в 2018 г**
- Выручка от оказания услуг: **1 870 759,89 тыс. тенге**, прибыль за год: **13 824,2 тыс. тг.**

### **1.2 Стратегия развития (стратегические цели)**

Организация работает по 4 стратегическим направлениям:

1. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1. Повышение финансовой устойчивости

Цель 2. Мотивация персонала

2. Повышение качества медицинских услуг

Цель 1. Повышение качества стационарной помощи, оказываемой детскому населению.

Цель 2. Увеличение доступа пациентов к лекарственному обеспечению. Обеспечение безопасности пациентов.

3. Развитие системы кадровых ресурсов и медицинской науки (обучение и развитие персонала)

Цель 1. Обеспечение квалифицированным медицинским персоналом, отвечающим потребностям отрасли.

4. Улучшение материально-технической базы

Цель 1. Приобретение медицинского оборудования

## **РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

### **2.1. Структура и состав наблюдательного совета**

Постановление акимата Павлодарской области № 28/1 от 29.01.2015 г. «О ведении в госпредприятии наблюдательного совета» и № 654 от 05.07.2015 года избран члены наблюдательного совета в следующем составе:

Председатель Совета – Ибраева Р.Б.

член Совета - Кузеков А.М.

член Совета – Балашова И.В.

член Совета – Криса А.И.

член Совета – Жанғазы Е.Ж

член Совета – Андосов М.Т.

член Совета – Исаканова Г.М.

секретарь – Адамова А.К.

### **2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита**

Служба внутреннего аудита (СВА) - структурное подразделение больницы, 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 – Шайкенова К.З.

Основными направлениями работы СВА являются:

- анализ отчетов по работе клинических подразделений;
- анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;
- внедрение научных прикладных технологий;
- аттестация отделений, сотрудников на соответствие должности по оказанию экстренной помощи;
- работа с постоянно действующими комиссиями;
- подготовка к проведению аккредитации; постоянный мониторинг и анализ устных и письменных жалоб пациентов и их родственников;
- мониторинг книг жалоб и предложений пациентов по отделениям.

### РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

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

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

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

#### Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижениях
1	Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	20%	36,4%	35%	Достиг
2	Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5	не менее 1,5	1,6	1,7	Достиг
3	Текучесть кадров	не более 5%	2,52%	3%	Достиг
4	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 70%	94%	87%	Достиг

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели достигнуты все индикаторы

#### Индикаторы



№ п/п	Наименование	План на 2018 год*	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижении
1	Доход на 1 койку (млн. тенге)	3,9 млн. тг.	4,1 млн.тг.	4,2 млн. тг. 0,9 млн. тг. инфекционный стационар (3 месяца)	Достиг
2	Амортизационный коэффициент	6,9%	6,9%	15,8%	Достиг
3	Оборачиваемость активов	133%	133%	186%	Достиг
4	Рентабельность (эффективная деятельность)	0,7%	0,7%	0,8%	Достиг
5	Рентабельность активов (ROA)	≤1%	0,8%	≤1%	Достиг
6	Доля доходов от платных услуг	3,9%	3,9%	4,5%	Достиг

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 8 индикаторов наблюдается достижение 7 индикаторов.

#### Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижении
1	Удовлетворенность пациентов	97%	97%	97,0%	Достиг
2	Показатели ВБИ	не более 2%	0%	0%	Достиг
3	Уровень послеоперационной летальности пациентов	не более 0,4%	0,3	0,2%	Достиг
4	Общая летальность	не более 0,13%	0,11%	0,11%	Достиг
5	Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения	0	2	0	Не достиг
6	Уровень послеоперационных осложнений	не более 3%	0%	0%	Достиг
7	Доля сельских пациентов	не менее 20,0%	22,5%	26,9%	Достиг
8	Время ожидания госпитализации в стационар	не более 14 дней	3 дня	3 дня	Достиг

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

## Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2018 год	Факт за 2018 год	Факт 2017 год	Сведения о достижении
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	100%	100%	100%	Достиг
2	Оборот койки	не менее 37,0	40,8	38,9	Достиг
3	Средняя занятость койки	100%	89,7%	90,2%	Не достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре	не более 8,5 дней	7,2 дней	7,7 дней	Достиг
5	Средняя длительность дооперационного пребывания	не более 2 дней	0,9 дней	0,9 дней	Достиг

Причины не достижения:

Индикатор средней занятости койки снизился в 2018 году на 0,5% в связи с снижением работы койки по следующим профилям: реабилитация неврологическая (снижение количества больных в 3,6 раза); челюстно-лицевой (снижение работы койки на 49,6% и снижение количества больных на 13,5%). Уменьшение количества госпитализированных больных по вышеперечисленным профилям и лечение части из них на койках дневного стационара явились причиной не достижения этого индикатора.

### 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 2018 год
1	Удовлетворенность пациентов	95%	97%	97%
2	Удовлетворенность работников	78%	87%	94%
3	Доходы за отчетный период составляют	1 282 609,7 тыс. тенге	1 496 510,9 тыс. тенге	1 997 472,5 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	1 274 017,3 тыс. тенге	1 477 737,3 тыс. тенге	1 983 648,3 тыс. тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	27 148,0 тыс. тенге	37 257,2 тыс. тенге	46 276,6 тыс тенге
6	Количество пролеченных пациентов	12 862	13 252	18 785
7	Летальность	0,14%	0,11%	0,11

Удовлетворенность пациентов выросла за последние три года с 95% до 97%, удовлетворенность работников с 78% до 94%.

Доходы предприятия в 2018 г. выросли на 33,5% по сравнению с 2017 г., расходы за аналогичный период увеличились на 34,2%. Доходы от платных услуг в 2018 г. по сравнению с 2017 г выросли на 24,2%.

Количество пролеченных больных в 2018 г-18 785, на 41,7 % больше по сравнению с 2017 г.

Летальность в 2018 г осталась на уровне 2017 года.

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



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

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

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

Проведен анализ тарифов КЗГ, результаты которого, в целях повышения доходности, озвучены и доведены до заведующих клинических отделений.

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

Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

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

В 2018 году в связи с приобретением компьютерного томографа были внесены изменения в Прейскурант цен на платные услуги.

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 46 276,6 тыс. тенге (2017 год – 37 257,2 тыс. тенге).

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Решением наблюдательного совета утвержден Маркетинговый план Организации на 2018 год, согласно которому проводилась работа по 4 основным направлениям:

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

В 2018 года еженедельно обновлялась информация на сайте, проводилась работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook» (1017 подписчиков), «Instagram» (1514 подписчиков). Опубликовано в «Instagram» и «Facebook» 400 новостных публикаций и фотоматериалов о событиях Организации, вышло 70 информационных материалов на сайте больницы.

2) Сбыт (развитие платных услуг).

В 2018 году заключено 27 договоров субподряда на платной основе с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь.

3) Внутренний маркетинг (работа с персоналом; анкетирование; оптимизация потоков

4) Внешний маркетинг (внешние маркетинговые исследования).

Проведены SWOT-анализ, PEST-анализ, анализ рыночной среды, мониторинг цен на услуги, аналогичные услугам Организаций.

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

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг выполнены в сумме на 46 276,6 тыс. тенге (план 60 000,0 тыс. тенге, факт 46 276,6 тыс. тенге). Доля доходов от платных услуг составила 3,9 %, в сравнении с прошлым годом уменьшилась на 0,6 %, т.к. увеличился общий доход предприятия в связи с реорганизацией предприятия путем присоединения инфекционного стационара.

Кроме того, в рамках договоров субподряда оказано 30 155 медицинских услуг по амбулаторно-поликлинической помощи на платной основе, доход от которых составил 26 930,2 тыс. тенге.

Итого, за отчетный период доходы всего составили 1 997 472,5 тыс. тенге, что на 43 054,6 тыс. тенге превышает плановое значение согласно Плана развития, и на 500 961,6 тыс. тенге



больше в сравнении с фактом прошлого года (2017 год – 1 496510,9 тыс. тенге). В общей структуре доходов 1 796 151,48 тыс. тенге (89,9 %) составляет ГОБМП и 74 608,41 тыс. тенге (3,7 %) доходы от платных услуг. Доход на 1 койку 4,1 млн. тенге превышает доходы на 0,2 млн. тенге от плановых значений (план – 3,9 млн. тенге).

Вместе с тем, порогового значения достигли финансовые индикаторы:

«Амортизационный коэффициент»: По итогам 2018 года увеличилась первоначальная стоимость фиксированных активов, т.к. по программе 239 033 000 418 «Капитальные расходы медицинских организаций здравоохранения за счет местного бюджета» было закуплено оборудование на сумму 614 754,39 тыс. тенге. В результате амортизационный коэффициент и оборачиваемость активов снизились по сравнению с 2017 годом и составили 6,9% и 133%.

«Рентабельность (эффективная деятельность)»: Достижение индикатора связано с освоением плана финансового результата согласно Плану развития.

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

Привлечение дополнительных источников финансирования:

Мероприятие 1. Проведение работы по передаче в аренду и реализации неиспользуемых активов, помещения и немедицинского оборудования.

Мероприятие 2. Оказание коммерческих образовательных услуг.

Организацией в 2018 г проведены коммерческие образовательные курсы по учебному центру ИВБДВ на сумму 2 128,5 тыс. тенге.

### **РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

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

За 2018 год в больнице было пролечено 18 785 пациента (в рамках ГОБМП + на платной основе), что на 41,5 % больше по сравнению с показателями 2017г (за 2017 г. – 13 252, за 2016 г. – 11 098, за 2015 г. – 10 288 пациентов).

Стационарные койки в целом по больнице, а также в разрезе структурных подразделений, в 2018 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует: увеличение оборота койки с 38,6 в 2017 году до 40,8 в 2018 году и снижением средней длительности лечения с 7,3 в 2017 году до 7,2 в 2018 году. Это в свою очередь привело к, увеличению работы койки до 295,9 дней в 2018 (281,0 в 2017) году (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 330 дней в год)

Доля сельских пациентов в 2018 году составила 22,5 % против 26,9 % в 2017 году.

В 2018 г. было организовано 37 заочных дистанционных консультаций с регионами, при которых было проконсультировано 40 детей, даны рекомендации.

По линии «Санитарной авиации» было осуществлено 224 выездов специалистов, из них 66 вылетов в регионы области.

За 2018 год региональной подкомиссией ОДБ направлено 1028 больных детей, нуждающихся в ВТМУ, в профильные медицинские организации РК.

За 2018 год транспортировано по санитарной авиации 21 детей, из них транспортировано в клиники г. Астаны – 19 детей, г. Алматы – 2 детей.

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

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов Организацией ежемесячно проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетирований за отчетный период удовлетворенность пациентов осталась на прежнем уровне- 97%. 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 96%.

С целью мониторинга состояния пациента после выписки в выписном эпикризе врачами указывается при необходимости дата повторного осмотра для контроля эффективности проведенного лечения и решения тактики дальнейшего ведения пациента, также передаются активы и выписки из историй болезни в электронном формате по месту жительства.

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

В больнице отмечается увеличение оборота койки на 5,7 %: с 38,6 в 2017 году до 40,8 в 2018 году, при плане 37,0 в 2018 году. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 40,9 %: с 13 361 поступивших больных за 2017 год, до 18 826 в 2018 году; увеличилось количество выписанных за 2018 год на 41,8 %, что составило 18 785 против 13 252 за 2017 год.

### 5.4. Безопасность пациентов

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществляется следующие мероприятия:

- проводится оценка по индикаторам качества оказываемой медицинской помощи на ежемесячной и ежеквартальной основе
- проводится оценка деятельности служб и подразделений больницы на соответствие критериям стандартов аккредитации
- проводится оценка качества, утвержденных Стандартных операционных процедур (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, алгоритмов проведения манипуляций
- осуществляется внедрение системы триажа при оказании медицинской помощи пациентам в приемном отделении хирургического корпуса
- с целью обеспечения безопасности пациентов внедрена система централизованной раздачи лекарственных средств с организацией Отделения клинической фармации.

Прохождение процедуры аккредитации согласно Меморандума запланировано на 2019 год.

### 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 неприятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины неисполнения
1	2	3	4	5	6
Возникновение внутрибольничной инфекции (БВИ)	- На показатель качества; - На репутацию Цель 1: Создание пациент-	- Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре,	1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ 2. В случае возникновения, мероприятия,	1. Создана комиссия инфекционного контроля, действующая согласно Типовому положению о	-



ориентированно й системы оказания медицинской помощи. Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.	увеличение смертности от ВБИ в стационаре); - Дополнительн ые финансовые затраты;	направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация.	комиссии инфекционного контроля медицинских организаций; . 2. Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля
--	--	--	---

В результате, за  
2017 г. показатель  
ВБИ -0

За 2018 год аварийных ситуаций, связанных с выполнением медицинских обязанностей не зарегистрировано. Травматизма персонала нет. ВБИ не зарегистрировано. Инцидентов, связанных с организационными процессами, с хозяйственными вопросами, с оборудованием и ИМН, с хирургическими событиями, с конфликтными ситуациями, с медикаментами, произошедшие во время ухода за пациентом не зарегистрировано.

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие стандартам ведения медицинской документации: ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг своевременности предоставления информации по выписанным пациентам в ЕНСЗ; проведение экспертизы медицинской помощи по летальным случаям, которые разобраны на КИЛИ. Осуществлен контроль соблюдения стандартов аккредитации: идентификация пациентов, вторая подпись в листах назначений, тайм-аут 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 в странах ближнего зарубежья (Екатеринбург) прошли обучение 1 сотрудников Организации.

Успешно выполняются планы повышения квалификации врачебных кадров и среднего медперсонала.

За 2018 год прошли обучение 55 врачей (2017 году – 79), в том числе:

- Переподготовка – 0 (2017 год – 0);
- Усовершенствование – 55 врачей (2017 год – 43);
- Участие в мастер-классах, семинарах, конференциях – 29 врачей (2017 – 36);

Среди средних медицинских работников за 2018 год последипломное обучение прошли 82 (2017 год – 93), согласно плана повышения квалификации на 2018 год.

С целью определения удовлетворенности персонала, ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 8 % (уровень удовлетворенности персонала 2017 г. – 87%; 2018 г. – 94%).

Текущее количество кадров за отчетный год составляет 2,52 % при плане «не более» 5%.



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

С августа 2017 года КГП на ПХВ «Павлодарская областная детская больница принимает участие в пилотном Проекте, инициированном Министерством здравоохранения РК направленном на создание новой системы управления сестринской службы в организациях практического здравоохранения РК. Целью, которой является разработка и внедрение новой модели сестринской службы на основе надлежащих международных требований к сестринской профессии в организациях практического здравоохранения – клинических базах Высших медицинских колледжей. В рамках этого проекта утверждены штатные нормативы, условия работы, техническое программное обеспечение; проводится непрерывное обучение медсестер приемных отделений по Тriage – системе, обучение медсестер приемных отделений по «Карманному справочнику/ИВБДВ» и «Развитию детей раннего возраста/ИВБДВ», внедряются утвержденные формы сестринской документации по расширенными и делегированными функциям медсестер.

В рамках данной цели запланированные мероприятия исполнены в 2018 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 12 общепольничных 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.

## **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.

На основании приказа МЗ и СР № 429 от 29.05.2015 года «Об утверждении Правил поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» и Приложения №3 Коллективного договора КГП на ПХВ «Павлодарская областная детская больница», комиссия «По установлению размера дифференцированной доплаты медицинским и немедицинским работникам» рассматривает документы представленные заведующими отделений на поощрение сотрудников, с учетом повышающих и понижающих коэффициентов.

## **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 4 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Дня медицинского работника», «Дня конституции», «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.

Система оценки результатов работы специалистов для определения соответствия занимаемой должности, выявления достижений специалиста и потребностей в повышении квалификации



С этой целью ежегодно проводится оценка результатов работы специалистов заведующим отделением. По результатам оценки составляется список специалистов, нуждающихся в повышении квалификации.

#### **6.4 Управление рисками**

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За отчетный период отделом ГО, ЧС, ТБ Организации проведена работа по:

- обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда по пожаротехническому минимуму (обучено 2 сотрудников);
- проведению повторного инструктажа и проверке знаний в области безопасности и охраны труда (679 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 154 сотрудникам);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 12 сотрудников);

В соответствии с Планом основных мероприятий медицинской службы гражданской защиты больницы по подготовке руководящего и личного состава к действиям в чрезвычайных ситуациях на 2018 год были проведены следующие мероприятия:

- 15-18.05.2018 года проведены пожарно-тактические занятия на базе инфекционного стационара больницы совместно с личным составом ГУ ПЧ-2.

- 04-05.10.2018 г. Объектовая тренировка по особо опасным инфекциям: «Конго-крымская лихорадка» совместно с ОКБ им. Султанова.

- 14.11.2018 года объектовая тренировка по теме: «Проведение срочной эвакуации медицинского персонала, больных, рабочих и служащих из помещений больницы по сигналу «Возгорание».

Внешней сертифицированной компанией проведена аттестация рабочих мест.

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

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

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

В 2014 году по результатам внешней комплексной оценки на соответствие деятельности больницы стандартам аккредитации решением аккредитационной комиссии выдано свидетельство об аккредитации за регистрационным № KZ 83VEG00001308 от 19.11.2014 года сроком на 2 года.

В 2016 году аккредитация медицинских организаций проводилась по графику Центра аккредитации МЗ и СР РК, и наша организация не вошла в данный график.

В 2017 году Областная детская больница не вошла в список медицинских организаций, подлежащих процедуре аккредитации, в связи с реорганизацией (присоединением Областной инфекционной больницы)

В 2018 г Областная детская больница подавала заявку на продолжение аккредитации, но не вошла в график проведения аккредитации

В рамках подготовки к прохождению аккредитации на 2019 г осуществляется следующие мероприятия:

- проводится оценка по индикаторам качества оказываемой медицинской помощи на ежемесячной и ежеквартальной основе
- проводится оценка деятельности служб и подразделений больницы на соответствие критериям стандартов аккредитации
- проводится оценка качества, утвержденных Стандартных операционных процедур (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, алгоритмов проведения манипуляций

- осуществляется внедрение системы триажа при оказании медицинской помощи пациентам в приемном отделении хирургического корпуса
  - с целью обеспечения безопасности пациентов внедрена система централизованной раздачи лекарственных средств с организацией Отделения клинической фармации.
- Прохождение процедуры аккредитации согласно Меморандума запланировано на 2019 год.

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

Уровень использования коечного фонда за 2018 год составил 89,7% при плане 100%.

За 2018 год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 7,3 дней в 2017 г. до 7,2 в 2018 г. при плане 8,5 дней за 2018 г.

Отмечается повышение оборота койки на 4,9%: с 38,9 в 2017 г. до 40,8 в 2018 г, при плане 37,0 в 2018 г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 40,9 %: с 13361 поступивших больных за 2017 г. до 18 826 в 2018 г.; увеличилось количество выписанных за 2018 г. на 41,8 %, что составляло 18 785 против 13 252 за 2017 г.

За 2018 год показатель госпитальной летальности остался на уровне 2017 года – (0,11), кроме того отмечается небольшой рост послеоперационной летальности с 0,2 в 2017 г. до 0,3 в 2018

За 2017-2018 г. случаи внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) не зарегистрированы.

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

Согласно приказа №797-Ө от 04.11.2016 г. в рамках пилотного проекта в КГП на ПХВ «Павлодарская областная детская больница» 01.02.2017 года открылось отделение клинической фармации (далее – ОКФ). Целями открытия ОКФ являются обеспечение безопасности, эффективности, рациональности лечения пациентов. Не мало важной задачей является фармакоэкономический эффект.

По итогам 12 месяцев 2018 года все клинические отделения 100% перешли на централизованную выдачу таблетированных и жидких пероральных форм, так же 100% централизована выдача парентеральных форм. С июля 2018г инфекционный стационар детской областной больницы 100% перешел на централизованную выдачу таблетированных и жидких пероральных форм.



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	3,9	4,2	Достиг
2	Доля доходов от платных услуг*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	не менее 3,9%	3,9%	Достиг
3	Рентабельность активов (ROA)*	%	Финансовая отчетность	Главный бухгалтер	≤1%	≤1%	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	95%	97%	Достиг
2	Уровень послеоперационной летальности пациентов*	%	Стат. данные	Стат. отдел	не более 0,4%	0,3%	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 персонала, прошедшего обучение/ переподготовку, в т.ч. за рубежом	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	Не менее 17%	17,9%	Достиг
2	Текущая кадров*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не более 5%	2,52%	Достиг
3	Уровень удовлетворенности персонала*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не менее 70%	94%	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	2	Не достиг
2	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре*	Дни	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стационарного больного	не более 8,5 дней	7,2	Достиг
3	Оборот койки*	Кол-во	Стат. данные	Заместитель директора	не менее 37,0 раза	38,9	Достиг