Утверждаю

Директор ЦЯМиО г. Семей

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сандыбаев М.Н.

« 14 » февраля 2020 год

**Годовой отчет о деятельности за 2019 г.**

Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Центр ядерной медицины и онкологии г. Семей» Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области

**г. Семей**

**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

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 прибыли, убытке и совокупном доходе

**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 стационар замещающих технологий)

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

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

Центр ядерной медицины и онкологии (ЦЯМиО) г. Семей является одним из крупнейших лечебных учреждений Восточно-Казахстанской области. Численность обслуживаемого населения составляет 615 543 человек. Из них 360 480 городских жителей (в том числе г.Курчатов) и 255 063 сельских жителей. В состав Семейского региона входят шесть районов Восточно-Казахстанской области, г. Курчатов и г. Семей.

В онкологическом центре развернуто 140 круглосуточных коек, из них 105 - онкологического, 35 коек радиологического профилей и 40 стационар замещающих коек. Ежегодно в стационаре получают лечение около 5000 больных. Внедрена работа пансионата для приезжих пациентов на 8 коек.

Основной вид деятельности центра - сспециализированная и высокоспециализированная помощь онкологическим больным в амбулаторно-поликлинической, стационарной и стационар замещающей форме.

Специализированная стационарная помощь онкологическим больным оказывается по методам лечения: лекарственный (в том числе таргетная терапия), хирургический и радиологический.

Высокоспециализированная помощь онкологическим пациентам оказывается по следующим специализациям: хирургия, радиология (конформная лучевая терапия, интенсивно-модулированная лучевая терапия, лучевая терапия, управляемая по изображениям, брахитерапия, внутриполостная гамма терапия).

В дневном стационаре пациенты могут получать лечение, не меняя привычного уклада жизни, поскольку приходят в Онкоцентр только для получения процедуры. В дневном стационаре за один день получают лечение свыше 100 человек. Палаты оснащены современным оборудованием для комфортного пребывания. За пациентами ухаживает квалифицированный медицинский персонал.

Центр ядерной медицины и онкологии располагает отделением специализированного медицинского наблюдения, которая ежегодно оказывает консультативную помощь свыше 42 000 пациентам. Амбулаторно-поликлиническую помощь (консультации и диспансерное наблюдение) взрослому населению оказывают специалисты: онкохирург, онкогинеколог, лор-онколог, маммолог, онкоуролог, химиотерапевт, онкоэндокринолог, психотерапевт, врач противоболевой терапии. Функционируют диагностические подразделения: отделение лучевой диагностики, клинико-диагностическая лаборатория, патогистологическая лаборатория с референс-центром по ИГХ, цитологическая лаборатория, где применяются все виды диагностических услуг: эндоскопия, функциональная диагностика и УЗ исследования с трепанбиопсией, ЭКГ, лучевая диагностика с МРТ, клинико-диагностические исследования с цитологией, патогистологические исследования с ИГХ, сцинтиграфия.

**Миссия**

Снижение смертности от онкологических и неонкологических заболеваний в рамках государственной политики, направленной на раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию больных; проведение клинических исследований в области онкологии, радиологии, ядерной медицины.

Обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи, основанной на прогрессивном развитии онкологической службы при оптимальном использовании отраслевых ресурсов.

**Видение**

Стать передовым клиническим центром ядерной медицины и онкологии в РК, с эффективной инфраструктурой интеграции клинической и научной практик.

**Ценности**

- Лидерство и четкая стратегия, устойчивость организации, про активность;

- Интеллектуальный потенциал организации, непрерывное развитие;

- Удовлетворенный и лояльный пациент.

**Этические принципы**

**Ответственность -** направлена на реализацию ожиданий пациента, сотрудников.

**Порядочность** – приверженность к последовательной и честной позиции в отношении пациента, партнеров, коллег, с опорой на стабильные моральные принципы и этические нормы.

**Сочувствие и уважение** - к физическому, эмоциональному, психологическому состоянию пациента и его семьи.

**Честность и прозрачность** – политика открытости и объективной отчетности перед заинтересованными сторонами

**Партнерство во благо общества** – выстраивание диалогового процесса со всеми группами заинтересованных сторон, в том числе и общество, учет их интересов, требований на основе принципов социальной ответственности.

**2018 год в цифрах**

* Количество пролеченных пациентов: **5660**
* Количество проведенных операций: **1604**
* Внутрибольничная инфекций (ВБИ) 0**% в 2018 году**
* Проведено за последние 2 года 4 **мастер-класса,** из них 4 **мастер-классов** с участием зарубежных специалистов
* Всего на конец 2018 года количество **сотрудников – 448**, из которых:
  + Медицинский персонал – 354 (73 врачей, 176 СМП, 105 ММП)
  + Административно-управленческий персонал – 94, СХО – 76, прочие – 18.
* Снижение текучести персонала с15 % в 2016 году **до 9,7% в 2018 году**
* Выручка от оказания услуг: **2 317 649,5 тыс. тенге.**

**1.2 Стратегия развития (стратегические цели)**

Организация работает по 3 стратегическим направлениям:

**Цель 1.1.** Организация онкологической помощи населению на основе трехуровневой системы.

Улучшение качества ранней диагностики онкологических заболеваний. Совершенствование лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний.

Увеличение удельного веса злокачественных новообразований визуальной локализации 1-2 стадии путем совершенствования профилактики и диагностики заболеваний.

**Задача 1.1.1.** Совершенствование диагностики, лечения и реабилитации онкологических больных

**Задача 1.1.2.** Снижение смертности от онкологических заболеваний

**Стратегическое направление 2.** Повышение доступности и качества онкологической помощи населению региона

**Цель 2.1** Совершенствование оказания онкологической помощи в регионе

**Задача 2.1.1.** Создание современной конкурентоспособной онкологической службы

**Цель 2.2.** Повышения доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения

**Цель 2.3.** Оорганизация и проведение информационно-просветительских программ для населения о факторах риска и первых признаках онкологических заболеваний с максимальным привлечением средств массовой информации.

**Стратегическое направление 3.** Развитие системы кадровых ресурсов.

**Цель 3.1.** Создание конкурентоспособного кадрового потенциала онкослужбы.

**Задача 3.1.1.** Совершенствование системы последипломного образования и непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения

**Цель 3.2.** Соответствие стратегических направлений и целей ЦЯМиО г.Семей стратегическим целям государства.

**РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

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

В соответствии со статьями 148,150 Закона Республики Казахстан «О государственном имуществе», Постановления ВКО акимата от 21 июня 2013 года № 157 « О введении наблюдательных советов в некоторых коммунальных государственных предприятиях на праве хозяйственного введения» в ЦЯМиО был создан Наблюдательный совет ( далее- НС) , который продолжает свою деятельность по настоящее время.

НС ЦЯМ и О продолжает работать в новом составе: Председатель**—**  [Аргынбекова А.С.](http://www.semeyonco.kz/%d0%b0%d1%80%d0%b3%d1%8b%d0%bd%d0%b1%d0%b5%d0%ba%d0%be%d0%b2%d0%b0-%d0%b0%d0%b9%d0%bd%d1%83%d1%80-%d1%81%d0%b5%d1%80%d0%b8%d0%ba%d0%bf%d0%b0%d0%b5%d0%b2%d0%bd%d0%b0/) – Первый заместитель председателя Семейского городского филиала партии «Нур Отан».

Члены наблюдательного совета

1. [Асарбекова Ж.Р.](http://www.semeyonco.kz/%d0%b0%d1%81%d0%b0%d1%80%d0%b1%d0%b5%d0%ba%d0%be%d0%b2%d0%b0-%d0%b6%d0%b8%d1%80%d0%b1%d0%b5%d0%ba-%d1%80%d0%b0%d1%85%d0%b8%d0%bc%d0%be%d0%b2%d0%bd%d0%b0/)— директор медицинского учреждения «Победа»
2. [Сандыбаев М.Н.](http://www.semeyonco.kz/%d1%81%d0%b0%d0%bd%d0%b4%d1%8b%d0%b1%d0%b0%d0%b5%d0%b2-%d0%bc%d0%b0%d1%80%d0%b0%d1%82-%d0%bd%d1%83%d1%80%d0%bb%d0%b0%d0%bd%d0%b1%d0%b5%d0%ba%d0%be%d0%b2%d0%b8%d1%87/)— директор КГП на ПХВ РОД г.Семей
3. [Дускужанов А.С.](http://www.semeyonco.kz/%d0%b4%d1%83%d1%81%d0%ba%d1%83%d0%b6%d0%b0%d0%bd%d0%be%d0%b2-%d0%b0%d1%81%d0%b5%d0%bc%d0%ba%d0%b0%d0%bd-%d1%81%d0%b5%d1%80%d0%ba%d0%b0%d0%bd%d0%be%d0%b2%d0%b8%d1%87/) – депутат городского маслихата.
4. [Шефер Л.В.](http://www.semeyonco.kz/%d1%88%d0%b5%d1%84%d0%b5%d1%80-%d0%bb%d0%b0%d1%80%d0%b8%d1%81%d0%b0-%d0%b2%d1%8f%d1%87%d0%b5%d1%81%d0%bb%d0%b0%d0%b2%d0%be%d0%b2%d0%bd%d0%b0/)— начальник отдела планирования и анализа УЗ ВКО.
5. [Колбина Е.Ю.](http://www.semeyonco.kz/%d0%ba%d0%be%d0%bb%d0%b1%d0%b8%d0%bd%d0%b0-%d0%b5%d0%bb%d0%b5%d0%bd%d0%b0-%d1%8e%d1%80%d1%8c%d0%b5%d0%b2%d0%bd%d0%b0-2/) — Секретарь Наблюдательного совета ЦЯМиО г. Семей.

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

Служба внутреннего аудита (СВА) - структурное подразделение Центра, 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 – Тулеутаев Мухтаргазы Есенжанович

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;

-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)**

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2018 год** | **Факт за**  **2018 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Количество привлеченных ключевых иностранных специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера | 3 человека в год | 3 человека в год | 5 человека в год | достиг |
| **2** | Количество мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья (по 021 БП) \* | не менее 2 | 2 | 2 | достиг |
| **3** | Текучесть кадров | не более 9% | 9,7 % | 10% | Достиг |
| **4** | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 70% | 95% | 89% | Достиг |

2: **Финансовые показатели**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **Факт на**  **2016 год\*** | **Факт за**  **2017 год** | **Факт за**  **2018 год** |
| **1** | Доход от реализации услуг | 2 252 292,0 | 2 078 310 | 2 317 649 |
| **2** | Расходы организации | 2 419 196 | 2 804 561 | 2 807 349 |
|  | В том числе амортизационные расходы | 377 520 | 421 959 | 545 036 |
| **3** | Финансовый результат | - 166 904 | -552 269 | -489 700 |
| **4** | Коэффициент финансового рычага | 0,59 | 0,06 | 0,05 |
| **5** | Коэффициент текущей ликвидности | 0,3 | 1,5 | 1,6 |
| **6** | Производительность труда | 882,1 | 970,0 | 1518,06 |
| 7 | Темп роста производительности труда | 1 | 0,98 | 1,33 |
| 8 | Оборачиваемость активов | 0,57 | 0,53 | 0,62 |
| 9 | Оборачиваемость активов в днях | 640,4 | 688,7 | 588,7 |

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 8 индикаторов.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на**  **2018 год** | **Факт за**  **2018 год** | **Факт за**  **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Удовлетворенность пациентов | 99,4% | 99,5% | 99,3% | Достиг |
| **2** | Показатели ВБИ | не более 4% | 0% | 0% | Достиг |
| **3** | Уровень послеоперационной летальности пациентов | не более 1,6% | 1,5% | 1,5% | Достиг |
| **4** | Общая летальность | не более 0,9% | 0,6% | 0,7% | Достиг |
| **5** | Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения | 0 | 0 | 0 | Достиг |
| **6** | Уровень послеоперационных осложнений | не более 3% | 0,5% | 0,7% | Достиг |
| **7** | Доля пациентов, пролеченных по ВТМУ | не менее 5% | 8,8% | 8,5% | 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 5 индикаторов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ 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 32,0 | 32,0 | 34,8 | Достиг |
| ***3*** | Средняя занятость койки (КС + СЗТ) | 100% | 121% | 131,7% | Достиг |
| ***4*** | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | не более 16 дней | 12,8 дней | 12,8 дней | Достиг |
| ***5*** | Средняя длительность дооперационного пребывания | не более 4,0 дней | 2,3 дней | 2,5 дней | Достиг |

Цель 5: Научно-инновационная деятельность, конкурентоспособная на международном уровне

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **План на**  **2018 год** | **Факт за**  **2018 год** | **Факт**  **2017 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | Количество обученных сотрудников международным стандартам GCP | 3 | 3 | 8 | Достиг |
| **2** | Заключение меморандумов с ведущими зарубежными онкологическими организациями | 1 | 1 | 1 | Достиг |
| **3** | Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed) | 2 | 4 | 2 | Достиг |

**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 | 98% | 99,3% | 99,5% |
| **2** | Удовлетворенность работников | 85% | 89% | 95% |
| **3** | Доходы за отчетный период составляют | 1 773 845,9 тыс.тенге | 1 881 589,0 тыс.тенге | 2 084 519,8 тыс.тенге |
| **4** | Расходы всего за отчетный период составляют | 2 394 803,2 тыс.тенге | 2 619 121,6  тыс.тенге | 3 146 574,0 тыс.тенге |
| **5** | Доходы от платных медицинских услуг | 20 902,7 тыс.тенге | 26 829,8 тыс.тенге | 35 626,1 тыс.тенге |
| **6** | Повышение квалификации за рубежом | - | 59 344,7 тыс. тенге | 111 573,7 тыс. тенге |
| **7** | Доход от свободного выбора пациента | 17 459,1 тыс. тенге | 79,6 тыс. тенге | 179,8 тыс. тенге |
| **8** | Приобретение оборудования | 189 473,4 тыс. тенге | 34 318,2 тыс. тенге | 12 572,2 тыс. тенге |
| **9** | Доход от АЛО | 236 848,0 тыс. тенге | - | 414 283,5 тыс. тенге |
| **10** | Доход от скрининга | 26 653,8 тыс. тенге | 65 043,7 тыс. тенге | 70 984,1 тыс. тенге |
| **11** | Доход от проведения мастер-классов | - | 6 417,8 тыс. тенге | 7 823,3 тыс. тенге |
| **12** | Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed) | 1 | 2 | 4 |
| **14** | Количество пролеченных пациентов | 5197 | 5573 | 5660 |
| **15** | Летальность | 0,7% | 0,7% | 0,6% |

*\* Необходимо привести анализ в динамике показателей (с указанием инструментов достижения и не достижения, мероприятий по устранению)*

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

**4.1. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе**

За последние три года наблюдается динамика увеличения доход от оказания платных услуг и составляет по сравнению с 2017 годом- 28%,2018 год-33 %.Проведен мониторинг стоимости оказания платных медицинских услуг по сравнению с другими регионами области и Республики. Тарифы на медицинские услуги установлены с учетом покрытия издержек учреждения на оказание данных услуг. Наблюдается рост доли доходов от оказания платных услуг по сравнению с 2016 годом от 0,09%,2017 год 1,3%, 2018 год 1,5%.

Рост доходов так же связан с бесплатным обеспечением онкологических больных на амбулаторном уровнем в соответствии с перечнем лекарственных средств, в который входят:

-Ингибиторы ферментов(гормоны);

-препараты, влияющие на минерализацию костей(биофосфонаты);

-прочие алкилирующие препараты;

-противоопухолевые гормональные препараты;

Доход за 2018 год составил 414 283,5 тыс. тенге.

За последние 3 года произошли существенные изменения в системе финансирования если в 2016 году оплата за оказанные медицинские услуги производилась по единому комплексному тарифу, то в 2017 году введена новая система оплаты медицинских услуг по видам и формам которые включают в себя: Оплату по комплексному тарифу, оплату за применение химиопрепаратов как на местном уровне так и на республиканском, оплату за оказание лучевой терапии, а так же по свободному выбору пациентов. В 2018 году наблюдался рост оказания Высоко Технологических Медицинских Услуг таких как:

- Конформная лучевая терапия;

-Интенсивно-модулированная лучевая терапия первичных и вторичных(метастатических)опухолей центральной нервной системы;

-лучевая терапия, управляемая по изображениям для опухолей отдельных локализаций;

-Эндоваскулярная химиоэмболизация первичных и вторичных метастатических опухолей различных локализаций;

-Лапароскопическая радикальная абдоминальная гистерэктомия;

-Расширенная комбинированная гастрэктомия при злокачественных новообразованиях пищевода и желудка;

-Субтотальная резекция пищевода с расширенной двухзональной лимфодиссекцией;

Доход за 2018 год составил 2 084 519,8 тыс. тенге что на 11% больше показателей 2017 года.

Увеличение доходов по скрининговым программа за счет изменение нормативно правовых документов по определению целевых групп населения так 2016 году целевая группа составляла 7000 пациентов,2017 год- 17581 пациент увеличение составило 251%, 2018 год – 25820 пациентов увеличение составило 146% по сравнению с 2017 годом .Доход от выполнения скрининговой программы за 2018 год составил 70 984 ,1 тыс. тенге.

Так же в связи с программой Цифровизации и безбумажного ведения медицинских карт , Управлением здравоохранения ВКО на безвозмездной основе поставлено на предприятие 40 компьютеров в сборе на сумму 12 572 ,2 тыс. тенге.

По инициативе Акима Восточно-Казахстанской области разработана и успешно реализуется трехуровневая программа обучения и повышения квалификации медицинских кадров по приоритетным направлениям – онкология, кардиология, родовспоможение и детство. Поэтапное обучение в течение трех лет 2017-2019 годы.

По программе 003 000 159 Повышение квалификации и переподготовка кадров выделено 111 573,7 тыс. тенге что по сравнению с 2017 годом на 88% больше.

В связи с вводом нового оборудование увеличивается потребность в обучение специалистов предприятия более современным и качественным технологиям выделено. По программе 003 000 159 Повышение квалификации и переподготовка кадров выделено 111 573,7 тыс. тенге что по сравнению с 2017 годом на 88% больше.

По обмену опытом с зарубежными специалистами на базе Центра ядерной медицины и онкологии города Семей проведены мастер -классы на общую сумму 7 823,3 тыс. тенге.

Отрицательный финансовый результат по итогам 2018 года сложился ввиду увеличения амортизационных расходов в связи с приобретением дорогостоящего медицинского оборудования. Коэффициент финансового рычага на конец 2018 года составил 0,05% что отражает устойчивое финансовое положение Центра. Рациональному использованию денежных средств дает оценку Коэффициент текущей ликвидности, который составляет 1,6%. Производительность труда за 2018 год составила 1 518,06 тыс. тенге Увеличение данного показателя наблюдается за счет стимулирования сотрудников предприятия что составляет 56% роста по сравнению с 2017 годом. Коэффициент Оборачиваемости активов по сравнению с 2017 годом увеличился на 17% за счет приобретения активов Центра и составил 0,62.

Совершенствование маркетинговой политики в ЦЯМиО

Основные направления развития маркетинга:

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.).

По необходимости, ежедневно актуализируется информация на сайте Организации (количество посетителей до 308 человек за сутки, до 3285 человек в месяц), проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook» (1672 подписчиков), «Instagram» (1274 подписчиков). Организовано 3 пресс-конференции для СМИ в Организации, проведена рассылка в СМИ 12 пресс-релизов и фотоматериалов о событиях Организации, вышло 45 информационных материалов.

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

3) По результатам анкетирования по определению уровня удовлетворенности пациентов для удобства ухаживающих лиц работает пансионат рядом с Центром.

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

**5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов**

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделении в 2018 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 411,8 дней работы койки в 2018 году (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

Доля иногородних пациентов из других областей в 2018 году составила 1,1% против 2,1% в 2017 году*.*

**Организационно-методическая работа**

За 2018 год региональной группой МиО были осуществлены выезда в г.Семей, г.Курчатов и проблемные районы региона. Мониторингом были охвачены 20 медицинских организаций Семейского региона, где была дана оценка онкологической ситуации и оказана организационно-методическая помощь. По итогам выездов группы МиО все проблемные вопросы и недостатки были озвучены на местах и даны рекомендации по их решению.

Во исполнение Протокольного поручения Акима области была разработана трех уровневая обучающая программа на 2017-2019 годы. В этом году обучение специалистов I уровня проводили специалисты КазНИИОиР: врач радиолог Ишкинин Е.В., врач маммолог Байжигитов А.Б. и сотрудник республиканского СКДО Горбунова Н.С. Всего обучились 69 врачей первичного звена: врачи общей практики, терапевты, узкие специалисты, а также онкологи учреждении ПМСП Семейского региона. Кроме того, обучение проводилось для средних медицинских работников, основной акцент был сделан на работников смотровых кабинетов, лекции прослушали 57 медицинских сестер и фельдшеров. Всего обучено 126 специалистов.Учебная программа была посвящена основным проблемным разделам онкологии, которые требуют непосредственного контактного обучения, чтобы улучшить клинические компетенции у врачей, у медсестер онкологического и не онкологического профиля.

Во всех шести районах Семейского региона и в г.Курчатов имеются врачи, отвечающие за онкологическую службу, т.е. квалифицированные врачи онкологи, за каждым районом и ЛПУ г.Семей закреплен куратор – врач-онколог онкоцентра, контролирующий диспансеризацию больных, заполнение и ведение документации, оказывающий консультативную помощь, участвует в разборе запущенных случаев, особенно визуальных локализаций. Дублерами врачей кураторов учреждении ПМСП назначены средние медицинские работники, из числа опытных мед.сестер. В начале года составляется график выездов кураторов и бригады онкологов. В течении года были организованы выезды бригады врачей-онкологов (всего 5 выездов) в 5 районов региона. Целью поездки явилось оказание консультативно-методической помощи в работе онкологической службы района, а также проведение выездных разборов запущенных случаев на местах с участием заместителя директора по лечебной работе, к.м.н. Б.Бекетовой. При выездах проконсультировано 213 пациентов, из них 27 больных были направлены на дообследование в Организацию. Кроме того, во время выездов были организованы обучающие семинары для медицинских работников ПМСП по вопросам ранней диагностики и профилактики ЗНО и даны ответы на все интересующие вопросы.

У всех районкологов имеется комплексный план основных мероприятий по борьбе со злокачественными новообразованиями, согласованный с ОМО ЦЯМиО г.Семей. К противораковой работе привлекаются главные специалисты района. В каждом районе создан штаб по разбору запущенных случаев под председательством заместителя акима, курирующего здравоохранение. На все запущенные случаи заполняются протоколы и акты разборов.

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

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов ЦЯМиО ежемесячно проводится анкетирование пациентов. По результатам проведенных анкетировании за отчетный период отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 99,5% против 99,3% в 2017 году. Данный факт связан с активной работой Центра в 2018 году по развитию госпитального сервиса.

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

В Организации оборот койки составил по итогам 2018 года 32,0%: при плане 32,0 в 2018г. При этом, количество поступивших больных увеличилась на 12,5%: с 5056 поступивших больных за 2017 г, до 5686 в 2018 г.; увеличилось количество выписанных за 2018 г. на 1,6%, что составило 5573 против 5660 за 2018 г.

**5.4. Безопасность пациентов**

Центр ядерной медицины и онкологии в 2017 году прошел процедуру Аккредитации на соответствие национальным стандартам в области здравоохранения РК (дата выдачи свидетельства от 08.12.2017, приказ № 172-ОД)

Проведен ряд мероприятий по антитеррористическому плану- установлено 58 камер видеонаблюдения по всему периметру ЦЯМ (внутри и снаружи), созданы СОПы действий персонала и проведено обучение сотрудников при антитеррористической угрозе (всего 10 протоколов), установлена тревожная кнопка по прямой связи с УВД г.Семей и т.д.

В сан узлах отделений и диспансерного отделения установлены поручни безопасности.

Улучшены условия по выполнению стандарта безопасности пациентов, а именно- приобретен аппарат для изготовления идентификационных браслетов для пациентов, которые имеют антибактериальное неорганическое ионное серебряное покрытие.

В течении отчетного времени, Службой внутреннего аудита, проводится мониторинг потенциальных рисков, пересматриваются внутренние стандарты, проводится обучение персонала.

Не прекращается работа с персоналом и резидентами о запрете использования персональных данных пациента в не служебных целях.

*.*  **5.5. Управление рисками**

Центром проводится работа по совершенствованию работающего процесса сообщения о медицинских ошибках через предоставление Отчетов об инцидентах, которая достигается путем создания доверительных отношений между всеми сотрудниками, уменьшения боязни сотрудников сообщать о случившихся инцидентах.

**Анализ управления рисками**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование возможного риска | Цель, на которую может повлиять данный риск | Возможные последствия в случае непринятия мер по управлению рисками | Запланированные мероприятия по управлению рисками | Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками | Причины неисполнения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Возникновение внутрибольничной инфекции (БВИ) | - На показатель качества;    - На репутацию  Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.  Цель 2: Эффективный больничный менеджмент. | - Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от ВБИ в стационаре);  - Дополнительные финансовые затраты; | 1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ    2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация. | 1. Создана комиссия инфекционного контроля, действующая согласно Типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций;  2. Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля  В результате, за 2018 г. Случаи ВБИ не зарегистрировано | - |
|  |  |  |  |  |  |

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной аккредитаций: 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(всего 35 случаев. Патологоанатомическая активность в 2018 году составила 22,8%), за исключением прошедших проверку 7 случаев. 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 том числе с привлечением лучших зарубежных специалистов по критериям зарубежного стратегического партнера:

Для внедрения новых технологий в Организации ведется работа по организации и проведению мастер-классов ведущими зарубежными специалистами. За отчетный период в рамках 059 программы в Организации проведен 2 мастер-класс.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период в странах ближнего и дальнего зарубежья прошли обучение 50 сотрудников Организации, что составляет 9% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 36, СМР – 2, прочие – 12 человек.

В том числе, в рамках 059 программы направлено зарубеж на обучение 11 специалистов.

Для развития партнерских отношений с международными клиниками, формирования преподавательского состава и подготовки его к научно-образовательной деятельности по международным стандартам в Организации с июня 2013 года проводится обучение сотрудников английскому языку. В отчетном году обучение прошли 25 сотрудников (при плане «не менее 20 человек»): врачей –21 , СМР – 2, АУП – 2. Из них по уровням: Beginners – 15, Pre-Intermediate – 7, Intermediate – 1, Advanced – 2.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку в т.ч. за рубежом на 27,4% (Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку в т.ч. за рубежом); отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 16% от плана и на 6% от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности персонала 2016 г. – 85%; 2017 г. – 89%). А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год составляет 9,7% при плане «не более» 10%, из них уровень текучести врачей – 2,4% (план «не более» 10%), СМР – 2,9% (план – «не более» 10%), ММП – 8% (план – «не более» 20%).

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

В Центре 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 Центра на постоянной основе проводятся конференции и семинары.

В центре, приказом директора, утвержден Сестринский совет, в который входят старшие медсестры/лаборанты подразделений и служб.

Основная работа включает в себя следующее:

--повышение профессионализма среднего медицинского состава путем проведения аттестаций

--проведение внутренних сестринских аудитов и перекрёстных проверок

--проведение обучающих семинаров

--проведение и мониторинг оценки качества работы медсестер

--пересмотр внутренних стандартов по причине внесения изменений и дополнений

--реализация запланированных проектов

За 2018 год был реализован разработанный и утвержденный план поэтапного внедрения в 2-х отделениях проекта « Универсальная медсестра» по опыту Израильской клиники. Согласно изучения обратной связи (анкетирования пациентов) можно сделать вывод, что проект успешно стартовал и принес как плюсы в работе сестринского состава отделений, так и в качестве предоставляемых мед услуг (удовлетворенность пациентов)

Второй проект 2018 года по передаче некоторых полномочий и функций от врача медсестре так же принес свои результаты. Согласно плану внедрения персонал был тщательно отобран, согласно разработанным критериям и обучен. Данный проект способствовал повышению уровня профессионализма медсестер и снятия нагрузки с врачей, с целью уделения большего внимания пациенту.

За отчетный период проведено 5 заседаний Сестринского совета.

Во всех заседаниях принимали участие специалисты сестринского дела клинических отделений и вспомогательных служб и приглашенные представители администрации центра.

**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 Совета директоров утверждено Положение об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда. Определен механизм распределения фонда оплаты труда по уровням сложности операций и другим критериям для всех работников Центра. 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 4 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыз-мейрамы», «Дня медицинского работника», «Дня независимости».

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 46, из них АУП – 9, врачи –3, СМР – 6, ММП – 13, прочие (в т.ч. СХО– 15). Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 30, из них по причинам увольнения: 3 сотрудников – выход на пенсию, 11 – переезд в другой город,1 – поступление в магистратур, 1-в связи со смертью.

**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 проведена работа по:

* обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено 15 сотрудников);
* проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменовано 337 сотрудников);
* проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 57 сотрудникам);
* организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 289 сотрудников клинических и пара клинических отделений по вопросам экологической безопасности);
* проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 14 сотрудников);
* проведению тренингов персонала с участием городских структур ГО, ЧС (проведено 1 объектовые тренировки).

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 2018 году Службой внутреннего аудита проводилась непрерыная работа по пересмотру внутренних стандартов по причине внесения изменений и дополнений.

В рамках подготовки к прохождению аккредитации (2017 год) были разработаны и внедрены 1 128 внутренних стандартов, регламентирующих процессы лечебно-диагностической деятельности подразделений и служб. Проводились обучающие занятия сотрудников

По оценке отдела менеджмента качества и безопасности пациентов, уровень соблюдения стандартов аккредитации в Центре за отчетный период составляет 94%.

В 2017 году независимой аккредитационной комиссией проведена проверка Центра. Экспертами данной комиссии анализирована вся деятельность ЦЯМиО – работа врачей, среднего и младшего медицинского персонала, административного блока, инженерных и немедицинских служб. По результатам данной проверки Центром успешно пройдена аккредитация, что подтверждает ориентированность деятельности ЦЯМиО на высокие стандарты качества и безопасность лечения пациентов.

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

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

За 2018 год наблюдается рост средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 14,4 дней в 2017 г. до 15,5 в 2018 г. при плане 11,2 дней за 2018 г. , в связи с увеличением коек с 20 до 40 (2017г)

Отмечается уменьшение оборота койки на 33%: с 80,0 в 2017 г. до 54 в 2018 г., при плане 47,5 в 2018г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 81%: с 1104 поступивших больных за 2017 г. до 2002 в 2018 г.; увеличилось количество выписанных за 2018 г. на 23%, что составляло 1994 против 1619 за 2017 г.

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

В своей деятельности отделение фармации Центра руководствуется следующими НПА:

--Об утверждении правил обеспечения лекарственными средствами граждан Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2015 года № 766.

--Об утверждении Правил уничтожения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 августа 2015 года № 687.

--Об утверждении типовых положений объектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июня 2015 года № 535

--Об утверждении Правил проведения фармаконадзора лекарственных средств и мониторинга побочных действий лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 421.

--Об утверждении надлежащих фармацевтических практик Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года № 392.

--Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 24 апреля 2015 года № 262.

--Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники" Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 232

--Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 января 2015 года № 32.

--Об утверждении Правил использования объектов и помещений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 11 апреля 2015 года № 334.

   --Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств и медицинских изделий, фармацевтических услуг Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729.

Разработано и внедрено Руководство по управлению и использованию лекарственных средств

Ежеквартально проводятся плановые внутренние аудиты по хранению, использованию и утилизации ИМН и лекарственных препаратов.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение 1**

**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 комиссии по изучению обратной связи | Председатель комиссии | 99,4% | 99,5% | Достиг |
| 2 | Уровень послеоперационной летальности пациентов | | % | Стат. данные | Стат. отдел | не более 1,6% | 1,5% | Достиг |
| 3 | Доля пациентов, пролеченных по ВТМУ | | % | Стат. данные | Стат. отдел | не менее 5% | 8 % | Достиг |

**Приложение 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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\* | Кол-во | Отчет от HR-службы | HR-служба | 3 | 3 | Достиг |
| 2 | Текучесть кадров\* | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | не более 10 % | 9,7% | Достиг |
| 3 | Уровень удовлетворенности персонала\* | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | не менее 70% | 95% | Достиг |

**Приложение 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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 | Достиг |
| *2* | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре\* | Дни | Медицинская карта стационарного больного | Медицинская карта стационарного больного | не более 16,0 дней | 12,8 | Достиг |
| *3* | Оборот койки | Кол-во | Стат. данные | Заместитель главного врача | не менее 32,0 | 32,0 | Достиг |