

Утверждено
Решением
Наблюдательного Совета
от 25 мая 2018 года
(протокол № 2)

**ГОДОВОЙ ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОГО КОММУНАЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ
«ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
ГУ «УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ
ОБЛАСТИ»
ЗА 2017 ГОД**



Город Актобе 2018 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.

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

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

Организация является клиникой в центрально-азиатском регионе, которая соответствует мировым стандартам качества медицинского обслуживания. В преимущества Организации входят: мощный кадровый потенциал, эффективное корпоративное, пациент-ориентированное и бизнес-ориентированное управление, а наша научно-образовательная деятельность признана на отечественном и международном уровне...

МИССИЯ ГКП НА ПХВ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

НАШ ЦЕНТР ЗАБОТИТСЯ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ СЕГОДНЯ, ЧТОБЫ ВЫ ПОДАРИЛИ МИРУ ЖИЗНЬ ЗАВТРА

ВИДЕНИЕ ГКП НА ПХВ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»:

1. Завоевание лидерских позиций в сфере материнства и детства – через внедрение международных стандартов больничного управления и инновационных медицинских технологий

2. Формирование эффективной системы оказания медицинских услуг, обеспечивающей качественное медицинское обслуживание с одновременным повышением доступности и экономической рентабельности

3. Создание ведущего образовательного и исследовательского центра для специалистов Западного региона Казахстана

Ценности:

1. Укрепление здоровья граждан честно и преданно служить великому делу врачевания, всецело посвятив себя Охране здоровья граждан.

2. Сохранение врачебной тайны (конфиденциальность).

3. Добросовестное и качественное исполнение своих обязанностей.

4. Высокопрофессиональное, гуманное отношение к пациентам.

5. Не допускать фактов нарушений норм кодекса чести.

6. Никогда не отказывать в оказании бескорыстной помощи.

7. Беречь и приумножать благородные традиции и достижения Казахстанской медицины.

2017 ГОД В ЦИФРАХ

- Количество пролеченных пациентов: **8129**
- Количество проведенных операций: **2560**
- Доля внедренных международных стандартов: **100%**
- Снижение внутрибольничных инфекций ВБИ с 0,3% в 2016 г. до **001% в 2017 году**
- Уровень использования коечного фонда: **100%**
- Проведено **16 мастер-классов**, из них **2 мастер-классов** с участием зарубежных специалистов
- Пролечено **14 иностранных** пациентов
- Всего на конец 2017 года количество **сотрудников – 318**, из которых:
 - Медицинский персонал – 281 (71 врачей, 142 СМП, 68 ММП)
 - Административно-управленческий персонал – 3, СХО – 96, прочие – 34.
- Снижение текучести персонала с **25%** в 2016 году до **18% в 2017 году**
- Выручка от оказания услуг: **8845 254 тыс. тенге**, прибыль за год: **254 154 тыс. тг.**

1.2 СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ (СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ)

Организация работает по 4 стратегическим направлениям:

1. Улучшение доступности качественных медицинских услуг

Цель 1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.

Цель 2: Эффективный больничный менеджмент.

Безопасная беременность, безопасные роды, рождение здорового ребенка, предвидение управляемых факторов риска в пренатальном периоде и сведение их опасности к минимуму.

2. Повышение эффективности системы здравоохранения

Цель: Становление ведущим поставщиком медицинских услуг в Западном регионе Казахстана.

3. Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения

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

Цель 2: Научно-инновационная деятельность, конкурентоспособная на международном уровне.

4. Финансовая устойчивость предприятия

Цель 1: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности.

Цель 2: Обеспечение трансферта технологий в систему здравоохранения Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

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

Приказом Управления здравоохранения Актюбинской области № 740§4 от 18 апреля 2018 г. избран Наблюдательный совет в следующем составе:

Председатель Совета директоров – Головырина Наталья Петровна

член Совета - Акжигитов Куаныш Бактыкулович

член Совета - Кожанова Даметкен Муқановна

член Совета- Тусупкалиев Акылбек Балашевич

член Совета- Балыков Асхат Жардемғалиевич

секретарь - Жумабаева Роза Хамзиновна

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 – Амиркулова А.С., заместитель директора по качеству медицинских услуг

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 из 7 индикаторов достигнуты 4 индикаторов, не достигнуты – 3.

Индикаторы

| № п/п | Наименование | План на 2017 год | Факт за 2017 год | Факт за 2016 год | Сведения о достижении |
|-------|--|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Количество привлеченных ключевых иностранных специалистов в качестве менторов, отвечающих требованиям стратегического партнера | 3 человека в месяц | 2,39 человека в месяц | 2,86 человека в месяц | Не достиг |
| 2 | Количество мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья (по 021 БП) * | не менее 2 | 1 | 3 | Не достиг |
| 3 | Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом | 20% | 35% | 28% | Достиг |
| 4 | Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5 | не менее 1,5 | 1,7 | 1,5 | Достиг |
| 5 | Текущая текучесть кадров | не более 9% | 8,5% | 7,9% | Достиг |
| 6 | Уровень удовлетворенности персонала | не менее 70% | 87% | 78% | Достиг |
| 7 | Уровень обеспеченности жильем | не менее 59,1% | 57,4% | 45,4% | Не достиг |

Причины не достижения:

Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуты – 3.

Индикаторы

| № п/п | Наименование | План на 2017 год* | Факт за 2017 год | Факт за 2016 год | Сведения о достижении |
|-------|-------------------------------|-------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | Доход на 1 койку (млн. тенге) | 27,7 млн. тг. | 33,7 млн. тг. | 29,3 млн. тг. | Достиг |

| | | | | | |
|---|--|----------------------|--------------|--------------|------------------|
| 2 | <i>Амортизационный коэффициент</i> | <i>не более 38%</i> | <i>41,8%</i> | <i>36%</i> | <i>Не достиг</i> |
| 3 | <i>Оборачиваемость активов</i> | <i>43,1%</i> | <i>46,1%</i> | <i>67,1%</i> | <i>Достиг</i> |
| 4 | <i>Рентабельность (эффективная деятельность)</i> | <i>0,8%</i> | <i>0,01%</i> | <i>11,7%</i> | <i>Не достиг</i> |
| 5 | <i>Рентабельность активов (ROA)</i> | <i>0,4%</i> | <i>0,01%</i> | <i>7,9%</i> | <i>Не достиг</i> |
| 6 | <i>Доля доходов от платных услуг</i> | <i>не менее 7,4%</i> | <i>9,9%</i> | <i>6,4%</i> | <i>Достиг</i> |

Причины не достижения:

Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 9 индикаторов наблюдается достижение 8 индикаторов, не достигнуто – 1 индикатор.

Индикаторы

| № п/п | Наименование | План на 2017 год | Факт за 2017 год | Факт за 2016 год | Сведения о достижении |
|-------|--|-------------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | <i>Удовлетворенность пациентов</i> | <i>100%</i> | <i>100%</i> | <i>100%</i> | <i>Достиг</i> |
| 2 | <i>Показатели ВБИ</i> | <i>0%</i> | <i>0,01%</i> | <i>0,03%</i> | <i>Достиг</i> |
| 3 | <i>Уровень послеоперационной летальности пациентов</i> | <i>0%</i> | <i>0,06%</i> | <i>0,06%</i> | <i>Достиг</i> |
| 4 | <i>Общая летальность</i> | <i>не более 0,9%</i> | <i>0,4%</i> | <i>0,6%</i> | <i>Достиг</i> |
| 5 | <i>Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>Достиг</i> |
| 6 | <i>Уровень послеоперационных осложнений</i> | <i>не более 3%</i> | <i>0,5%</i> | <i>0,5%</i> | <i>Достиг</i> |
| 7 | <i>Доля иногородних пациентов</i> | <i>не менее 1,5%</i> | <i>1,8%</i> | <i>1,3%</i> | <i>Достиг</i> |
| 8 | <i>Время ожидания госпитализации в стационар</i> | <i>не более 14 дней</i> | <i>10 дней</i> | <i>10 дней</i> | <i>Достиг</i> |

Причины не достижения:

Цель 4: Эффективный больничный менеджмент

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуто – 2 индикатора.

| № п/п | Наименование | План на 2017 год | Факт за 2017 год | Факт за 2016 год | Сведения о достижении |
|-------|---|--------------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | <i>Уровень компьютеризации рабочих мест</i> | <i>100%</i> | <i>100%</i> | <i>100%</i> | <i>Достиг</i> |
| 2 | <i>Оборот койки</i> | <i>не менее 40,1 раз</i> | <i>52,4 раз</i> | <i>5,0 раз</i> | <i>Достиг</i> |

| | | | | | |
|---|---|-----------------|----------|----------|--------|
| 3 | Средняя занятость койки | 100% | 100% | 100% | Достиг |
| 4 | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | не более 7 дней | 4,9 дней | 5,0 дней | Достиг |
| 5 | Средняя длительность дооперационного пребывания | не более 3 дней | 2,9 дней | 3,0 дней | Достиг |

Причины не достижения:

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

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуто – 1.

Индикаторы

| | Наименование | План на 2017 год | Факт за 2017 год | Факт 2016 год | Сведения о достижении |
|---|--|------------------|------------------|---------------|-----------------------|
| 1 | Количество обученных сотрудников международным стандартам GCP | | | | |
| 2 | Количество патентов | | | | |
| 3 | Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed) | | | | |
| 4 | Количество финансируемых научно-исследовательских программ (проектов), в т.ч. международные гранты | | | | |

Причины не достижения:

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

Медико-экономические показатели Организации за последние 3 года:

| | Наименование | Факт за 2015 год | Факт за 2016 год | Факт 2017 год |
|---|---|------------------|------------------|---------------|
| 1 | Удовлетворенность пациентов | 100% | 100% | 100% |
| 2 | Удовлетворенность работников | 100% | 100% | 100% |
| 3 | Доходы за отчетный период составляют | | | |
| 4 | Расходы всего за отчетный период составляют | | | |
| 5 | Доходы от платных медицинских услуг | | | |
| 6 | Количество публикаций в рецензируемых журналах (peer - reviewed) | | | |
| 7 | Количество финансируемых научно-исследовательских программ (проектов), в т.ч. международных грантов | | | |
| 8 | Количество пролеченных пациентов | 7119 | 8228 | 8129 |
| 9 | Летальность | 0,7% | 0,6% | 0,4% |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

** 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 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 на рабочем совещании по управленческому отчету (протокол № 2 от 24августа 2016 года) до заведующих клинических отделений.

Мероприятие 2. Использование амортизационных фондов.

Согласно бюджета в 2017 году за счет средств амортизационного фонда предусмотрено 547 862 тыс. тенге на приобретение основных средств. Из них в отчетном году приобретено на сумму 342 541 тыс. тенге

Мероприятие 3. Совершенствование инвестиционной политики, включая формирование и функционирование базы данных инвестиционных проектов, аналитического сопровождения и системы мониторинга инвестиционных проектов.

4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

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

За 2017 год в Преискурант цен на платные услуги включены услуги Эко-центра.

*В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается **увеличение доходов** от платных услуг. Так, за 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 102 108,6 тыс. тенге (в 2016 году – 99 181,3 тыс. тенге) (97%) при плане – 95 381,4 тыс. тенге.*

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

Решением Совета директоров утвержден Маркетинговый план Организации на 2017 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.).

Еженедельно обновлялась информация на сайте Организации (количество посетителей до 241 человек за сутки, до 2587 человек в месяц), проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook» (1785 подписчиков), «Instagram» (5214 подписчиков). 9 поликлиник, 6 стационаров обеспечены буклетами и лифлетами об Организации, организован пресс-тур ведущих Республиканских СМИ в Организации,

проведена рассылка в СМИ 40 пресс-релизов и фотоматериалов о событиях Организации, вышло 138 информационных материалов.

2) Сбыт (развитие платных услуг; визовая поддержка; бизнес-партнерство со страховыми и ассистанс-компаниями и т.д.).

Перезаключено 17 договоров со страховыми и ассистанс компаниями, заключен договор с крупнейшей международной интернет-платформой по поиску врачей и организации лечения по всему миру «Medigo», а также казахстанскими организациями «КазТрейдГруп» и «Hospital Service Company».

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

Решением Правления Организации утверждена Дорожная карта в новой редакции. Составлен перечень товаров и услуг согласно Плану внедрения госпитального сервиса. Выделен бюджет на 2017 год на сумму 3 943 534 тенге.

Увеличен график работы сотрудников отделов, оказывающих платные услуги, в частности, увеличена продолжительность работы кассы и отделения радиологии.

По результатам анкетирования по определению уровня удовлетворенности пациентов для удобства ухаживающих лиц организовано общезимнее рядом с Организацией, также в лечебное и общественное питание добавлено больше овощей, фруктов и мяса.

4) Внешний маркетинг (внешние маркетинговые исследования).

Проведены SWOT-анализ, PEST-анализ, анализ рыночной среды, мониторинг цен на услуги, аналогичные услугам Организации и т.д.

Мероприятие 3. Формирование эффективной системы направлений («reference») пациентов из других клиник.

За отчетный период заключены агентские договора с крупнейшей международной интернет-платформой по поиску врачей и организации лечения по всему миру «Medigo», с казахстанскими организациями: «КазТрейдГруп» и «Hospital Service Company», а также с 19 врачами-агентами. Врачами-агентами направлено на лечение в Организацию 51 пациент, доход от лечения которых составил 14247, 3 тыс. тенге.

Врачами Организации осуществлено 15 выездных консультаций и услуг в регионы, доход от которых составил 12 667, 0 тыс.тенге.

Мероприятие 4. Развитие эффективного сотрудничества с компаниями, в том числе со страховыми и ассистанс компаниями.

На сегодняшнее время в Казахстане функционируют 17 страховых и ассистанс компаний, с которыми заключены договора. Работа по взаимодействию с ними велась на постоянной основе (заключение договоров, пролонгация, заключение дополнительных соглашений, уведомления по поводу внесения изменений в прейскурант цен на платные медицинские услуги, внесение замечаний и предложений по поводу улучшения сервиса в Организации).

За отчетный период в рамках договоров по добровольному страхованию пролечено 80 пациентов, доход от пациентов, пролеченных по договорам ДМС составил 25 217,8 тыс. тенге.

4.5. Оценка эффективности использования основных средств

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг перевыполнены в сумме на 6 727,2 тыс. тенге (план 95 381,4 тыс. тенге, факт 102 108,6 тыс. тенге). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 1,0% в сравнении с прошлым годом и на 1,1% в сравнении с планом.

Кроме того, в рамках договоров по оказанию стационарной помощи и стационарорзамещающей помощи в рамках ГОБМП 8 869 пролечено случаев, доход от которых в сумме составил 771 917,8 тыс. тенге, проведение скрининговых исследований в рамках

Г ОБМП оказаны 7 217 услуг, доход от которых в сумме составил 35 046,5 тыс.тенге, оказание амбулаторно-поликлинической помощи на проведение скрининга женщин на выявление рака молочной железы в рамках ГОБМП оказаны 939 услуг, доход от которых в сумме составил 3 485,3 тыс.тенге, оказание скорой медицинской помощи и санитарная авиация в рамках ГОБМП оказаны 150 выездов, доход от которых в сумме составил 7 411,5 тыс.тенге, приобретение оборудования в лизинг составило в сумме 5 732,1 тыс.тенге. А также оказано платных медицинских услуг 7 472, доход от которых в сумме составил 86 551,3 тыс.тенге и оказано субподрядные медицинские услуги 14 041, доход от которых в сумме составил 15 557,3 тыс.тенге.

Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 1 048 342,7 тыс. тенге, что на 144 782,0 тыс. тенге превышает плановое значение согласно Плана развития, но на 143 906,7 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год -904 436,0 тыс. тенге). В общей структуре доходов 1 048 342,7 тыс. тенге (90,3%) составляет ГОБМП и 102 108,6 тыс. тенге (9,7%) другие доходы.

Вместе с тем, порогового значения не достигли финансовые индикаторы: «Амортизационный коэффициент» (при плане 38%, факт – 41,8%). Недостижение индикатора связано с переносом проведения капитального ремонта и приобретения основных средств с 2016 года на 2017 год. По итогам 2017 года ожидалось увеличение балансовой стоимости фиксированных активов, которое было принято для расчета коэффициента.

«Рентабельность (эффективная деятельность)» (план – 0,8%, факт – 0,01%). Недостижение индикатора связано с неосвоением плана финансового результата согласно Плану развития в сумме 13 056 тыс. тенге. При этом утвержденным бюджетом на 2017 год был запланирован убыток (-122 067 тыс. тенге), несмотря на это, по итогам отчетного года индикатор улучшен (692,0 тыс. тенге).

«Рентабельность активов (ROA)» (план – 0,4%, факт – 0,01%). Недостижение индикатора связано с неосвоением плана финансового результата согласно Плану развития в сумме 13 056 тыс. тенге. При этом утвержденным бюджетом на 2017 год был запланирован убыток (-122 067тыс. тенге), несмотря на это, по итогам отчетного года индикатор улучшен (692,0 тыс. тенге).

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 за 2017 год оказаны коммерческие образовательные услуги (повышение квалификации, переподготовка, стажировка на рабочем месте) на сумму 21 096,0 тыс. тенге (в 2016 году – 8 118,0 тыс. тенге).

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1. Привлечение пациентов

За 2017 год в Организации было пролечено 8129 пациент (в рамках ГОБМП + на платной основе), что на % больше по сравнению с показателями прошлых лет (за 2016 г. – , за 2015 г. – , за 2014 г. – пациентов).

Стационарные койки в целом по Организации, и в разрезе структурных подразделении в 2017 году работали в интенсивном режиме, о чем свидетельствует 366 дней работы койки в 2017 году, (нормативная нагрузка работы койки для хирургических коек в РК – 340 дней в год).

Доля иногородних пациентов из регионов в 2017 году составила % против 1% в 2016 году. Наибольший удельный вес среди пациентов составили жители Астаны – 16%, Южно-Казахстанской – 12,4%, Восточно-Казахстанской – 8,9% и Акмолинской – 7,8% областей. Наименьшее количество пролеченных в Организации пациентов составили жители из Павлодарской – 2,3%, Жамбылской – 3%, и Актыубинской – 3,4% областей.

Организационно-методическая работа

По итогам 2017 года было организовано 35 плановых выездов в регионы республики. При выездах проконсультировано 685 пациентов, из них 258 больных были отобраны на оперативное лечение в Организации.

В 2017 г. было организовано 97 заочных дистанционных консультаций с регионами, при которых было проконсультировано 1822, из них 402 ребенка были отобраны на оперативное лечение в Организации, даны рекомендации 523 детям.

По линии «Санитарной авиации» было осуществлено 47 вылета в регионы к 59 пациентам.

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 отмечается увеличение удовлетворенности пациентов до 100% против 95% в 2016 году. Данный факт связан с активной работой Организации в 2016 году по развитию госпитального сервиса. Кроме того, согласно приказу 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 (Follow-on) в выписном эпикризе врачами указывается дата повторного осмотра для контроля эффективности проведенного лечения и решения тактики дальнейшего ведения пациента. Также, в РГП «РЦРЗ» внесено предложение о том, что для ведения мониторинга после выписки необходимо между собой интегрировать такие программные комплексы как «РПН», «АИС», «ЭРСБ», «ЭРОБ», «ЭРДБ» и предоставить доступ соответствующим медицинским организациям на данные программы.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

В Организации отмечается увеличение оборота койки на 9%: с 32,1 в 2016 г. до 35 в 2017г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 10%: с 5874 поступивших больных за 2016 г. до 6461 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 9%, что составило 6945 против 6360 за 2016 г.

Доля пациентов, пролеченных по ВСМП в 2017 году составила 57,4% при плане 43,5% против 56,3% в 2016 году.

5.4. Безопасность пациентов

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

проведена оценка 8 индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;

внедрены 29 индикаторов качества и 24 приоритетных работ для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

пересмотрены 44 правила 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 56 клинических протоколов диагностики и лечения пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;

пересмотрены 16 Стандартных операционных процедур (СОПов) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующих международным;

в области анестезиологии и реанимации переутверждено «Руководство по анестезии и седации», разработаны и внедрены 28 алгоритмов проведения манипуляций.

Внедрение и обеспечение трансферта современных и высокоэффективных медицинских технологий

На конец 2017 года Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг (далее – ОКК) МЗ РК были одобрены 2 новые медицинские технологии по диагностике и лечению заболеваний. С момента открытия Организации, ОКК МЗРК одобрено 16 новых технологий, проведено 1789 операций.

В связи с внедрением новых технологий важнейшим механизмом трансферта является обучение и повышение квалификации специалистов из регионов. Продолжается консультация по отбору тяжелых больных с ВПС, подлежащих на оперативное лечение, дистанционное участие в мастер-классах, проведение семинаров по актуальным вопросам кардиохирургии, кардиологии и интервенционной кардиологии. Количество проведенных на базе Организации мастер-классов специалистов (независимо от источников финансирования) составило 40 за 2017 год. За 2017 г. было проведено 15 мастер-классов с участием зарубежных специалистов. Из них 3 мастер-класса проведены в рамках 059 бюджетной программы. Результатом данных мастер-классов является 3 акта внедрения новых методов.

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

| Наименованиевозможного 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-ориентированной системы | - Ухудшение показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от БВИ в стационаре); - Дополнительные | 1. Комплексные мероприятия по профилактике ВБИ 2. В случае возникновения, мероприятия направлены | 1. Создана комиссия инфекционного контроля, действующая согласно Типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций; 2. Разработана | - |

| | | | | | |
|--|--|---------------------|--|--|--|
| | оказания медицинской помощи. Цель 2: Эффективный больничный менеджмент | финансовые затраты; | е на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация. | Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля В результате, за 2017 г. снизился показатель ВБИ на 50%, с 0,6% в 2016 г. до 0,3% в 2017 году | |
| | | | | | |

За 2017 год получено 287 отчетов об инцидентах (связанные с организационными процессами (70), с хозяйственными вопросами (103), с оборудованием и ИМН (25), с хирургическими событиями (11), с охраной и безопасностью (16), с конфликтными ситуациями (7), с медикаментами (32), произошедшие во время ухода за пациентом (23); все случаи разобраны, даны рекомендации по улучшению ситуаций.

За отчетный период разработаны проект Методики определения уровня зрелости системы внутреннего контроля и проект Регистра рисков и Карты рисков на 2017 год.

Проведена работа по экспертизе медицинских карт на соответствие требованиям национальной и международной 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, 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 1 мастер-класс.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период в странах ближнего и дальнего зарубежья прошли обучение /повышение квалификации/ 2 сотрудника Организации.

В том числе, в рамках 059 программы направлены зарубеж на тренинг 2 специалиста.

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 0,6% (Доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку в т.ч. за рубежом); отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 12% от плана и на 7% от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности

персонала 2016 г. – 72%; 2017 г. – 79%). А также, с целью определения удовлетворенности персонала, как минимум ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем.

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

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 3 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 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 Организации. Решением Правления утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты работникам.

Совершенствование дополнительных форм материального и морального поощрения работников (стимулирование).

Решением Правления в Правилах расчета дифференцированной доплаты работникам Организации внесены изменения и дополнения, в частности, врачебному персоналу увеличены размеры оплаты участия в одной операции и за ведение больного, также внесены изменения и дополнения в повышающие и понижающие критерии оценки деятельности работников Организации.

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 корпоративные мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыз», «Дня единства народов Казахстана», «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.

Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле. За отчетный год оценка профессиональной деятельности сотрудников проведена с 01 по 20 декабря 2017 года (80% сотрудников).

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 37, из них АУП – 7, врачи – 2, СМР – 17, прочие (в т.ч. СХО – 11). 8 сотрудников уволились по уважительной причине /выход на пенсию/. 2 специалистов были командированы в

Областное управление здравоохранения на продолжительный срок, а также 2 сотрудника были привлечены в комиссию по проведению служебных расследований.

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 29 сотрудников);
 - проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 309 сотрудников);
 - проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 81 сотрудником);
 - организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 309 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);
 - проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 2 сотрудника);
- Республиканским научно-исследовательским институтом по охране труда была проведена аттестация рабочих мест.

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2017 году не было.

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

В 2014 году Организация успешно прошла аккредитацию, в 2017 году - реаккредитацию.

В рамках подготовки к прохождению реаккредитации осуществлены следующие мероприятия:

- проведена оценка 8 индикаторов по 6 Международным целям по безопасности пациентов;
 - внедрены 29 индикаторы качества и 24 приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;
 - пересмотрены 44 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 56 клинических протоколов диагностики и лечения нейрохирургических пациентов, созданных на основе лучших мировых практик и доказательной медицины;
 - пересмотрены 16 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;
 - в области анестезиологии и реанимации переутверждено «Руководство по анестезии и седации», разработаны и внедрены 28 алгоритмов проведения манипуляций;
- осуществлен проект по снижению рисков (FMEA) на тему: «Снижение риска процедурных кабинетов, путем создания Отдела госпитальной фармации, включающего группы клинической фармакологии, фармации, аптеки (склада);*
- внедрены стандарты госпитального сервиса по дорожной карте путем создания Сектора госпитального сервиса в составе Управления контроля качества с передачей функции Call-центра, регистратуры и пункта приема денег.

По оценке отдела менеджмента качества и безопасности пациентов, уровень соблюдения стандартов аккредитации в Организации за отчетный период составляет 100%.

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

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

Уровень использования коечного фонда за 2016 год составил 100% при плане 100%.

За 2017 год наблюдается снижение средней длительности пребывания (СДП) пациентов в отделениях с 12,7 дней в 2016 г. до 9,8 в 2017 г. при плане 11,2 дней за 2017 г.

Отмечается увеличение оборота койки на 9%: с 32,1 в 2016 г. до 35 в 2017 г., при плане 32,5 в 2017г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 10%: с 5478 поступивших больных за 2016 г. до 5994 в 2017 г.; увеличилось количество выписанных за 2017 г. на 9%, что составляло 6945 против 6360 за 2016 г.

Доля пациентов, пролеченных по ВСМП в 2017 году составила 57,4% при плане 43,5%, против 56,3% в 2016 году.

За 2017 год наблюдается снижение показателей госпитальной летальности с 1,0 в 2016г. до 0,9 в 2017 г. Также отмечается снижение послеоперационной летальности с 1,7 в 2016 г. до 1,0 в 2017 г.

За 2017 г. снизился показатель внутрибольничной инфекции (далее – ВБИ) на 50%, с 0,6% в 2016 г. до 0,3% в 2017 году.

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»).

Основная задача лекарственной политики - обеспечение доступа к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам для стационарного лечения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Обеспечение лекарственными средствами осуществляется:

- при оказании стационарной помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

в соответствии с лекарственным формуляром.

- при лечении лекарственными средствами, не включенными в лекарственный формуляр на платной основе.

Организация обеспечения лекарственными средствами включает:

- определение потребности в лекарственных средствах изделиях медицинского назначения

- закуп лекарственных средств

- прием, хранение, распределение и учет лекарственных средств изделий

медицинского назначения

- рациональное использование лекарственных средств изделий медицинского назначения

- проведение фармаконадзора лекарственных средств и мониторинга побочных действий лекарственных средств,

изделий медицинского назначения

- соблюдение установленных действующими нормативными документами правил в сфере обращения лекарственных

средств

Потребность в лекарственных средствах в медицинских организациях определяется:

- 1) в соответствии с лекарственным формуляром медицинской организации согласно протоколу №2 от 06.01.2017 г.
- 2) на основании данных динамики заболеваемости и эпидемиологической ситуации в регионе.
- 3) с учетом регистров пролеченных больных.
- 4) с учетом фактического потребления лекарственных средств за предыдущий год, прогнозируемого остатка на 1 января следующего финансового года.

Закуп лекарственных средств, предусмотренных ГОБМП, производится в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Лекарственное обеспечение на стационарном уровне оптимизировано с внедрением централизованного закупа через Единого дистрибьютора. Система лекарственного обеспечения постоянно совершенствуется. Рациональному отбору и назначению лекарственных средств также способствуют утвержденные Протоколы диагностики и лечения заболеваний, перечень и содержание которых постоянно совершенствуются. Разработаны и утверждены нормативные правовые акты, регулирующие вопросы лекарственного обращения. В организациях здравоохранения внедрена Формулярная система лекарственного обеспечения. Лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП осуществляются препаратами гарантированного качества, которые отбираются Республиканской формулярной комиссией по принципам безопасности, эффективности, с учетом фармакоэкономики. В медицинских организациях постоянно осуществляется анализ использования лекарственных средств, результатов мониторинга побочных реакций и регулирование вопросов рационального использования лекарственных средств. Внедрены программы подготовки, переподготовки и повышения квалификации фармацевтических кадров. Лекарственные средства, предназначенные для оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП, подлежат учету в медицинских организациях в суммовом и количественном выражении в медицинской документации и в автоматизированной программе учета использования лекарственных средств. Обеспечение граждан лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, необходимыми для осуществления медицинских процедур, а также для введения и контроля за введением лекарственных средств в медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь осуществляется на основании листов назначений, форма которых утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения. Улучшение здоровья граждан осуществляются путем обеспечения доступа к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам, что положительно влияет на качество жизни всего населения Республики Казахстан.

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 койку* | (млн. тенге) | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 27,7 | 33,7 | Достиг |
| 2 | Доля доходов от платных услуг* | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | не менее 7,4% | 9,9% | Достиг |
| 3 | Рентабельность активов (ROA)* | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 0,4% | 0,01% | Не достиг |

Стратегическое направление 2 (пациенты)

Индикаторы

| № | Наименование целевого индикатора | Ед. измерения | Источник информации | Ответственные | План на отчетный год | Факт отчетного года (1-й год) | Статус достижения (достиг/не достиг) |
|---|--|---------------|---------------------|---------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Удовлетворенность пациентов* | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | 100% | 100% | Достиг |
| 2 | Уровень послеоперационной летальности пациентов* | % | Стат.данные | Стат.отдел | не более 1,6% | 0,4% | 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 | Количество обученных сотрудников международным стандартам GCP* | Кол-во | Отчет от HR-службы | HR-служба | 3 | 3 | Достиг |
| 2 | Текущая кадров* | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | не более 9% | 8,5% | Достиг |
| 3 | Уровень удовлетворенности персонала* | % | Отчет от HR-службы | HR-служба | не менее 70% | 85% | Достиг |

Стратегическое направление 4 (операционные процессы)

| № | Наименование целевого индикатора | Ед. измерения | Источник информации | Ответственные | План на отчетный год | Факт отчетного года (1-й год) | Статус достижения (достиг/не достиг) |
|---|--|---------------|--|--|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания)* | Случаи | Медицинская карта стационарного больного | Медицинская карта стационарного больного | Отсутствие | 0 | Достиг |
| 2 | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре* | Дни | Медицинская карта стационарного больного | Медицинская карта стационарного больного | не более 12,1 дней | 11,5 | Достиг |
| 3 | Оборот койки* | Кол-во | Стат.данные | Заместитель главного врача | не менее 40,1 раза | 52,4 | Достиг |