



Директор  
ГКП на ПХВ «Центр дерматологии  
и ПБППП г.Нур-Султан»  
акимата г.Нур-Султан  
Ж.Данбаева  
2019 год

**Отчет о деятельности организации  
ГКП на ПХВ «Центр дерматологии и ПБППП г.Нур-  
Султан» акимата г.Нур-Султан  
за 2019 год (6 месяцев)**



г.Нур-Султан 2019г.

**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)

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

## **РАЗДЕЛ 2. ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ. МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ БЮДЖЕТА**

2.1. Финансово-экономические показатели

2.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

2.3. Оценка эффективности использования основных средств

2.4. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

## **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. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА**

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

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

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

4.4. Управление рисками в работе с персоналом

## **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. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

- 7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)
- 7.2. Управление структурой пациентов
- 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)

Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем является одним из старейших лечебных учреждений современной столицы (1937 г.). Сегодня Центра – это современная клиника, по оказанию консультативно-диагностической и лечебно-профилактической дерматовенерологической, дерматокосметологической помощи населению города.

Год постройки- 1988 год.

Общая площадь - 5 464,1 кв.м.

Капитальный ремонт был проведен в 2007 году (последний)

**Миссия:** Улучшение качества жизни людей, страдающих кожными болезнями, снижение заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, консультирование пациентов с использованием инновационных технологий.

**Видение:** Совершенствование дерматовенерологической, дерматокосметологической службы, формирование эффективной системы оказания качественной медицинской помощи с одновременным повышением доступности и высокой экономической рентабельностью.

### За 6 месяцев 2019 года в цифрах

- За 6 месяцев 2019 года по оказанию специализированной медицинской помощи пролечено пациентов всего 1723, в том числе круглосуточный стационар -446, дневной стационар – 1277.
- Количество посещений -57973.
- Уровень внутрибольничных инфекций за 6 месяцев 2018-2019 года – нет.
- Уровень использования коечного фонда -100%.
- Проведено за 6 месяцев 2018-2019 года 3 мастер-класса.
- Всего на 6 месяцев 2019 года количество сотрудников – 133, в том числе:
  - Медицинский персонал – 101 (39 врачей, 54СМП, 8 ММП)
  - Административно-управленческий персонал –7, прочие – 25.
- Уменьшение текучести персонала за 6 месяцев 2018-2019 года от 15,3 до 14%.
- Выручка от оказания услуг за 6 месяцев: доход 82 691,0 тыс. тенге, прибыль 41 297,6 тыс.тенге

## 1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

Стратегическое направление 1: Формирование эффективной пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи в области дерматовенерологических, дерматокосметологических услуг.

**Цель1.1.** Обеспечение устойчивого и высокого уровня качества медицинской помощи

Стратегическое направление 2: Укрепление здоровья населения г.Нур-Султан

**Цель 2.1.** Улучшение качества жизни больных, страдающих кожными заболеваниями и ИППП, путем совершенствования профилактики, диагностики и лечения заболеваний.

Стратегическое направление 3: Финансовая устойчивость предприятия.

**Цель 3.1.** Эффективная финансовая деятельность, повышение доходности.

### **1.3. Структура корпоративного управления. Состав наблюдательного совета.**

Приказом ГУ «Управление общественного здравоохранения города Нур-Султан» акимата города Нур-Султан за №51-ө от 17 января 2019 года утверждён состав членов наблюдательного совета:

Председатель: Кожахметова Б.А.

Члены наблюдательного совета:

Мурзабекова Б.О., Комарова О.Н., Рыль О.В., Абдраимов А.А., Нургожаев А.А., Данбаева Ж.С. Секретарь: Мукатаева А.С.

За отчетный период было проведено 2 заседания Наблюдательного совета. Были рассмотрены следующие вопросы:

- ✓ Избрание председателя наблюдательного совета ГКП на ПХВ «Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем г.Нур-Султан» акимата города Нур-Султан (далее Центр);
- ✓ Назначение, определение срока полномочий и размера заработной платы секретаря Наблюдательного совета;
- ✓ Утверждение годового плана работы Наблюдательного совета;
- ✓ Согласование годовой финансовой отчетности Предприятия (бухгалтерский баланс);
- ✓ Рассмотрение и согласование внутренних нормативных документов (План работы Наблюдательного совета на 2019 год, Стратегический план, Комплексный план Центра, Классификатор внутренних нормативных документов, Инструкция по обеспечению сохранности коммерческой и служебной тайны Центра, Кадровая политика Центра, Положение об оказании платных услуг, Кодекс деловой этики, Правила информационного наполнения интернет – ресурса, Положение об информационной политике).

На втором заседании:

1. Рассмотрение и внесение изменений в коллективный договор;
2. Разное (проведен аудит финансовой отчетности, трансформация счетов, анализ выделенных бюджетных средств).

## **2. Финансовая отчетность и эффективное использование финансовых средств. Механизм повышения доходной части бюджета**

### **2.1. Финансово-экономические показатели**

- **Мероприятие 1.** Совершенствование тарифной политики, в том числе Формирование методологии возмещения затрат по КЗГ.

Для эффективной работы коек стационара проводится постоянный мониторинг КЗГ, отбор пациентов с весовым коэффициентом от 1,0 и выше и снижение числа пациентов с заболеваниями, лечение которых должно осуществляться в амбулаторных условиях и в дневном стационаре.

В дерматовенерологической практике самый высокий коэффициент КЗГ -1,02. Это диагнозы из группы буллезных и папулосквамозных нарушений кожи (L 10 – L 44- псориаз, пузырчатка).

- **Мероприятие 2.** Использование амортизационных фондов.

Согласно бюджета в 2019 году за счет средств местного бюджета предоставлена бюджетная заявка на приобретение основных средств в сумме - 71 200,0 тыс.тенге:.

За счет собственных средств приобретено медицинское оборудование на сумму 1 923,0 тыс.тенге.

Оснащенность медицинским оборудованием составляет 86,9%, эффективность использования составляет 100%, амортизационный коэффициент составляет 41,1%.

## 2.2.Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

### ОТЧЕТ О ПРИБЫЛЯХ И УБЫТКАХ ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД 2019 г.

Наименование показателей	Код строки	За отчетный период 6 мес. 2019	За предыдущий период 6 мес.2018
1	2	3	4
Выручка	010	300 568	343379
Себестоимость реализованных товаров и услуг	011	-	-
<b>Валовая прибыль (строка 010 – строка 011)</b>	<b>012</b>	<b>300 568</b>	<b>343379</b>
Расходы по реализации	013	219 122	275068
Административные расходы	014	54 449	57246
Прочие расходы	015	-	-
Прочие доходы	016	14 790	-
<b>Итого операционная прибыль (убыток) (+/- строки с 012 по 016)</b>	<b>020</b>	<b>41 788</b>	<b>11066</b>
Доходы по финансированию	021	-	-
Расходы по финансированию	022	-	-
Доля организации в прибыли (убытке) ассоциированных организаций и совместной деятельности, учитываемых по методу долевого участия	023	-	-
Прочие неоперационные доходы	024	-	-
Прочие неоперационные расходы	025	-	-
<b>Прибыль (убыток) до налогообложения (+/- строки с 020 по 025)</b>	<b>100</b>	<b>41 788</b>	<b>11066</b>
Расходы по подоходному налогу	101	-	-
<b>Прибыль (убыток) после налогообложения от продолжающейся деятельности (строка 100 – строка 101)</b>	<b>200</b>	<b>41 788</b>	<b>11066</b>

Прибыль (убыток) после налогообложения от прекращенной деятельности	201	-	-
<b>Прибыль за год (строка 200 + строка 201) относимая на:</b>	<b>300</b>	<b>41 788</b>	<b>11066</b>
собственников материнской организации		-	-
долю неконтролирующих собственников		-	-
<b>Прочая совокупная прибыль, всего (сумма строк с 410 по 420):</b>	<b>400</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
в том числе:			
Переоценка основных средств	410	-	-
Переоценка финансовых активов, имеющих в наличии для продажи	411	-	-
Доля в прочей совокупной прибыли (убытке) ассоциированных организаций и совместной деятельности, учитываемых по методу долевого участия	412	-	-
Актуарные прибыли (убытки) по пенсионным обязательствам	413	-	-
Эффект изменения в ставке подоходного налога на отсроченный налог дочерних организаций	414	-	-
Хеджирование денежных потоков	415	-	-
Курсовая разница по инвестициям в зарубежные организации	416	-	-
Хеджирование чистых инвестиций в зарубежные операции	417	-	-
Прочие компоненты прочей совокупной прибыли	418	-	-
Корректировка при реклассификации в составе прибыли (убытка)	419	-	-
Налоговый эффект компонентов прочей совокупной прибыли	420	-	-
<b>Общая совокупная прибыль (строка 300 + строка 400)</b>	<b>500</b>	<b>41 788</b>	<b>11066</b>

тысячах тенге

Наименование показателей	Код строки	За отчетный период	За предыдущий период
1	2	3	4
Общая совокупная прибыль, относимая на:			
собственников материнской организации		-	-
доля неконтролирующих собственников		-	-
<b>Прибыль на акцию:</b>	<b>600</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
в том числе:			
Базовая прибыль на акцию:		-	-
от продолжающейся деятельности		-	-
от прекращенной деятельности		-	-
Разводненная прибыль на акцию:		-	-
от продолжающейся деятельности		-	-
от прекращенной деятельности		-	-

Доходы по итогам полугодия составили 300 568,0 тыс. тенге, что на 12,5% ниже в сравнении с полугодием 2018 года, соответственно и ниже расходы.

Увеличение доходов от медицинских услуг в рамках ГОБМП:

**Мероприятие 1.** Формирование, совершенствование и расширение медицинских услуг.

Общая сумма поступления денежных средств по предприятию составила:

Наименование	6 месяцев 2018года	6 месяцев 2019года	Отклонение между 2019-2018гг
--------------	--------------------	--------------------	------------------------------

медицинских услуг	Кол-во	Сумма, тыс.тг	Кол-во	Сумма, тыс.тг	Кол-во,(%)	Сумма, тыс.тг (%)
СМП	386	34 308,8	446	39 932,5	58 (15%)	5623,7 (16,4%)
СЗТ	1542	33 271,0	1277	25 256,9	-267(-20,9%)	-8014,1 (-31,7)
КДУ	338 524	219 495,9	71431	151 712,8	-267093(-78,9%)	-67783,1 (-30,9)
Платные услуги		74 247,0		82 691,0		8444,0 (11,4%)
<b>Всего:</b>	<b>340 452</b>	<b>361 322,7</b>	<b>73154</b>	<b>299 593,2</b>	<b>-267302(-78,5)</b>	<b>-61729,5 (-20,6)</b>

В целом за 6 месяцев 2019 года в сравнении с предыдущим периодом прошлого года идет снижение по стационарозамещающей помощи на 8 014,1 тыс.тенге, так в начале 2019 года ФСМС выделено на 51% меньше объема услуг чем за прошлый год. Также наблюдается снижение по консультативно-диагностической помощи, с введением электронных направлений количество услуг уменьшилось. Что касается платных услуг идет увеличение на 11,4 %, данное увеличение связано с открытием кабинета операционной пластической хирургии, добавились новые платные медицинские услуги: биоревилитация, мезотерапия, криодеструкция.

### Экономические показатели за 6 мес. 2018-2019 года

Наименование расходов	За 6 месяцев 2018 года, тыс.тенге	За 6 месяцев 2019 года, тыс.тенге	Отклонение между 2019-2018гг, тыс.тенге
Заработная плата и налоги	190 390,94	170 308,49	-20082,45 (-11,8%)
Приобретение ЛС и ИМН	41 110,08	28 551,65	-12558,4 (-44%)
Приобретение продуктов питания	4 067,30	-	
Приобретение прочих товаров	6 375,53	5 373,8	-1001,7(-18,6%)
Коммунальные услуги, связь	5 954,65	3 801,36	-2153,29(-56,6%)
Содержание зданий и сооружений	18 261,48	31 962,81	13701,33(75%)
Приобретение основных средств	-	238,0	
<b>Итого</b>	<b>266 159,98</b>	<b>240 236,11</b>	<b>-74076,1(-30,8%)</b>

### РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ



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

*Цель 1: Совершенствование системы непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения.*

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов достигнуты все 4 индикаторов, не достигнуты – 0*

#### Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2019 год	Факт за 6 мес. 2019 год	Факт за 6 мес. 2018 год	Сведения о достижениях
1	Количество мастер-классов с привлечением ведущих специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья	Не менее 2	3	1	Достиг
2	Обучение персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	20%	25,8%	15,0%	Достиг
3	Текучесть кадров	7,0%	6,9%	7,1%	Достиг
4	Уровень удовлетворенности персонала	не менее 70%	93,0%	93,8%	Достиг

*Цель 2: Адекватное финансирование деятельности, повышение доходности*

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов*

#### Индикаторы

№ п/п	Наименование	План на 2019г.	Факт за 6 мес. 2019 год	Факт за 6 мес. 2018год	Сведения о достижениях
1	Доход на 1 койку (млн.тенге)	1,558 млн.тг	0,931 млн.тг	0,965 млн.тг	Достиг
2	Амортизационный коэффициент	не более 50%	41,1%	42,0%	Достиг
3	Доля доходов от платных	не менее	27,6%	20,5%	Достиг

	услуг	5%			
--	-------	----	--	--	--

*Цель 3: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи*

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение всех 5 индикаторов.*

#### **Индикаторы**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование</b>	<b>План на 2019 год</b>	<b>Факт за 6 мес. 2019 год</b>	<b>Факт за 6 мес. 2018 год</b>	<b>Сведения о достижениях</b>
<i>1</i>	<i>Удовлетворенность пациентов</i>	<i>95%</i>	<i>97,8%</i>	<i>96,2%</i>	<i>Достиг</i>
<i>2</i>	<i>Показатели ВБИ</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>Достиг</i>
<i>3</i>	<i>Количество повторно-поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>Достиг</i>
<i>4</i>	<i>Общая летальность</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>Достиг</i>
<i>5</i>	<i>Доля иногородних пациентов</i>	<i>Не менее 75%</i>	<i>7% (21)</i>	<i>5% (29)</i>	<i>Достиг</i>

*Цель 4: Эффективный больничный менеджмент*

*В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение всех 4 индикаторов.*

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование</b>	<b>План на 2019 год</b>	<b>Факт за 6 мес. 2019 год</b>	<b>Факт за 6 мес. 2018 год</b>	<b>Сведения о достижениях</b>
<i>1</i>	<i>Уровень компьютеризации рабочих мест</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Достиг</i>
<i>2</i>	<i>Оборот койки</i>	<i>19,0</i>	<i>12,6</i>	<i>13,9</i>	<i>Достиг</i>
<i>3</i>	<i>Средняя занятость койки</i>	<i>100%</i>	<i>177,7(105 %)</i>	<i>178,7(100 %)</i>	<i>Достиг</i>
<i>4</i>	<i>Средняя длительность пребывания пациента в стационаре</i>	<i>не более 13,0</i>	<i>12,6</i>	<i>13,9 дней</i>	<i>Достиг</i>

### 3.2. Основные медико-экономические показатели

№	Наименование	За 6 месяцев 2018года.	За 6 месяцев 2019года.
1	Удовлетворенность пациентов	96,2%	97,8%
2	Удовлетворенность работников	93,0%	93,8%
3	Доходы за отчетный период составляют	343 379,0 тыс.тенге	300 568,0 тыс.тенге
4	Расходы всего за отчетный период составляют	266 159,98 тыс.тенге	240 236,11 тыс.тенге
5	Доходы от платных медицинских услуг	74 247,0 тыс.тенге	82 691,0 тыс.тенге
6	Количество пролеченных пациентов	386	446
7	Летальность	0	0

В результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается увеличение доходов от платных услуг.

## РАЗДЕЛ 4. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

### 4.1. Эффективность HR-менеджмента

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

Обучение и переподготовка ключевых специалистов.

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период прошли обучение 23 сотрудников Организации, что составляет 25,8% от общего числа всех сотрудников, из них врачи –3, СМР –18, АУП-2.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала); отмечается рост уровня удовлетворенности персонала на 1% от значения прошлого года (Уровень удовлетворенности персонала за 6 мес.2018 г. – 93,0%; 6 мес. 2019. г. – 93,8%). 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 14% при плане «не более» 14%

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

В рамках данной цели запланированные мероприятия исполнены за 6 мес. 2019 года.

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.

За отчетный период проведено 8 общебольничных семинаров для специалистов сестринского дела с изложением теоретического материала и практических навыков.

#### **4.2 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 директора 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, утверждены Правила расчета дифференцированной доплаты работникам.

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

Решением директора 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.

#### **4.3 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 6 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», "Наурыз мейрамы", «Дня медицинского работника и др., где проводились награждения сотрудников организации. За отчетный период 35 сотрудников Центра поощрены медалями и нагрудными знаками, почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками.

Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 19. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 0.

#### **4.4 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 6 сотрудников);
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 120 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 11 сотрудникам);
- организации производственного экологического контроля (ежедневный обход зданий и территории, опрошено 60 сотрудников клинических и параклинических отделений по вопросам экологической безопасности);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 21 сотрудник);
- проведению тренингов персонала с участием городских ГО, ЧС (проведено 1 объектовые тренировки).

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний за 6 мес. 2019 года не было.

### **РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

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

За 6 мес. 2019г в Центре было пролечено 446 пациента в рамках ГОБМП, что на 15% больше по сравнению с показателями прошлого года (за 6 мес. 2019 г. – 386) Стационарные койки в целом по Центру работали постоянно, простоя не было, работа койки по круглосуточному стационару составило 179,6, средняя длительность лечения –12,6, оборот койки –14,6, больничной летальности -0%.

Доля иногородних пациентов из регионов за 6 мес. 2019г. составила 7%, за 6 мес. 2018 году составила 5%.

Так, за отчетный период в круглосуточном стационаре ЦД и ПБППП прошли лечение 29 иногородних лиц с Акмолинской области – 23, Карагандинской области – 1, Жамбылской области –1, СКО - 1, Павлодарской- 2. За аналогичный период 2018 года прошли лечение 21 иногородних лиц с Акмолинской области – 18, Карагандинской области – 1, Жамбылской области –1, СКО - 1.

#### **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 достижение плана удовлетворенности пациентов -97,8% за 6 мес. 2019г. 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 98%.

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.

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

В Центре отмечается увеличение оборота койки на 9%: с 12,9 за 6 мес. 2018г.. до 14,6 за 6 мес. 2019г. при плане 19,0 на 2019г. При этом, количество поступивших больных увеличилось на 15,5%: с 386 поступивших больных за 6 мес. 2018 г, до 446 за 6 мес. 2019 г.

Увеличилось количество пролеченных иногородних пациентов с 5% до 7% в 2019 году.

### **5.4. Безопасность пациентов**

В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:

внедрены индикаторы качества и приоритетные работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом клиническом и параклиническом подразделениях;

пересмотрены 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;

### **5.5. Управление рисками**

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

### **Анализ управления рисками**

Наименование возможного риска	Цель, на которую может повлиять данный риск	Возможные последствия в случае непринятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины не исполнения
1	2	3	4	5	6
	- На	- Ухудшение	1.Комплексные	1. Создана	-

<p><i>Возникновение внутрибольничной инфекции (ВБИ)</i></p>	<p><i>показатель качества;</i> - На репутацию</p> <p><i>Цель 1:</i> Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи.</p> <p><i>Цель 2:</i> Эффективный больничный менеджмент.</p>	<p><i>показателей стационара (увеличение срока пребывания пациента в стационаре, увеличение смертности от ВБИ в стационаре);</i> - Дополнительные финансовые затраты;</p>	<p><i>мероприятия по профилактике ВБИ</i></p> <p>2. В случае возникновения, мероприятия, направленные на источник инфекции, - выявление, изоляция и санация.</p>	<p><i>комиссия инфекционного контроля, действующая согласно Типовому положению о комиссии инфекционного контроля медицинских организаций;</i></p> <p>2. Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля</p> <p>В результате, за 6 мес. 2019 г. случаев ВБИ -0 %</p>	

- *Функционирует комиссия инфекционного контроля, проведено 8 заседаний комиссии*
- *Разработана Программа работы по организации и проведению инфекционного контроля*
- *Проводится ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации*
- *Мониторинг своевременного ввода данных в медицинскую информационную систему (КМИС)*

## **РАЗДЕЛ 6. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

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

*Центр в 2015 году успешно прошел аккредитацию. Аккредитация запланирована на 4 квартал 2019 года.*

*В рамках подготовки к прохождению аккредитации осуществлены следующие мероприятия:*

- *оценка индикаторов по Международным целям по безопасности пациентов;*
- *внедрены индикаторы качества;*

*- пересмотрены СОПы для сотрудников по процессам и процедурам  
Лабораторная служба имеет разрешение на работу с микроорганизмами III-  
IV групп патогенности*

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

*Уровень использования коечного фонда за 6 мес. составил 110% при плане 100%. За 6 мес. 2019 года наблюдается снижение средней длительности пребывания пациентов в отделениях с 13,9 за 6 мес. 2018 г. до 12,6 за 6 мес. 2019г. Увеличение оборота койки с 12,9 до 14,9, при этом количество поступивших больных увеличилось на 16% с 386 за 6 мес. 2018г. до 446 за 6 мес. 2019 г.*

*Летальность - 0*

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

*В Центре утверждены «Руководство по использованию лекарственных средств», «Руководство по антибиотикопрофилактике».*

*Утвержден лекарственный формуляр, который содержит 57 наименований лекарственных средств. Обеспеченность лекарственными препаратами в соответствии с лекарственным формуляром составляет 100%.*

*Неликвидных запасов лекарственных средств на складе аптеки не имеется, лекарственных средств с истекшим сроком годности нет.*

*Задержки поставок лекарственных средств не зарегистрировано.*

## **6.4. Новые технологии, патенты, научные и клинические исследования**

*В Центре проводилось клиническое испытание наружный средство для лечения дерматофитий - препарат «Розеофунгин-АС, мазь 2%», ТОО «Промышленная микробиология» (г.Алматы) .*

*Центр дерматологии является клинической базой для АО «МУА» Кафедры дерматовенерологии, специалисты Центра участвуют в организации Конгресса дерматовенерологов, дерматокосметологов, а также участвуют в клинических внедрениях кафедры.*

## **РАЗДЕЛ 7. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

### **7.1. Готовность медицинских организаций к внедрению ОСМС**

- ✓ В Центре дерматологии определены ответственные лица за информационно- разъяснительную работу по ОСМС;*



- ✓ Проведены акции в торговых домах «Мечта», «Сулпак», «Акжайык» для населения по ОСМС;
- ✓ На ЛЕД экранах Центра транслируются видеоролики по ОСМС, розданы более 15 000 буклетов;
- ✓ Организован кабинет для посетителей Центра по разъяснению вопросов ОСМС;
- ✓ В социальных сетях Instagram.Facebook еженедельно обновляется информация по ОСМС

## **7.2. Предстоящие задачи, проблемные вопросы и пути решения**

### **Планы на 2019 год:**

- 1.Проводить повышение квалификации врачей путем специализаций в Республике Казахстан и за рубежом.  
Запланирован мастер класс по биопсии кожи на 20.11.2019 года совместно с Рижским Университетом город Страдыня доктором Раймонд Карлс.
- 2.Внедрение современных методов диагностики и лечения дерматовенерологических заболеваний - использование биологических препаратов в лечении псориаза.
- 3.Продолжить работу по повышению уровня категорированности сотрудников.
- 4.Проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия в организованных коллективах с целью поиска и выявления контактных лиц с больными чесоткой и дерматомикозами.
- 5.Проведение в рамках ГОБМП обследования дорогостоящими методами на сифилис и УГИ среди социально незащищенных слоев населения (беременные, дети до 18 лет, участники ВОВ, инвалиды, пенсионеры и др.), направленных с других ЛПУ.
- 6.Дальнейшее внедрение ПУВА-терапии с применением фототерапии-средневолновых лучей 311 нм в лечении витилиго, для проведения научного исследования,  
-для улучшения качества жизни больных псориазом – открыть школу псориаза,  
- в связи с ростом заболеваемости дерматомикозов, онихомикозов, для совершенствования снижения заболеваемости, проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий, диагностики и лечения больных – создать онихомикотический кабинет на базе ЦДиПБППП, закрепить ответственных врачей за данные кабинеты.
- 7.Проводить работу по взаимодействию с ветеринарными и коммунальными службами по профилактике и контролю за заразными болезнями кожи.
8. В целях рационального использования коечного фонда, провести реструктуризацию коечного фонда, общий коечный фонд составляет 70 коек, из них круглосуточный стационар – 50 коек, дневной стационар – 20.
9. Подготовка к аккредитации в 4 квартале 2019 года, соответствие нормативных документов, профессиональной деятельности ЦД и ПБППП стандартам аккредитации.
10. Провести 25 октября День открытых дверей, приуроченный Всемирному дню псориаза.

<i>Проблемы</i>	<i>Пути решения</i>
Дефицит финансирования Низкие тарифы на медицинские услуги	Расширение платных услуг Часть затрат покрываются за счет средств, полученных от платных услуг
Рост населения Быстрый темп прироста населения Увеличивается количество вновь открытых медицинских центров, тем самым увеличивается количество направляемых больных в рамках ГОБМП Рост количества больных с тяжелыми формами кожных заболеваний	Внедрение электронных (внешних) направлений с других МО Тщательный отбор для консультативно-диагностической помощи (среднетяжелые, тяжелые формы, впервые выявленные формы дерматозов, ИППП)
Низкая материально-техническая база - старое здание (1988 год постройки) - устаревшее изношенное оборудование - недостаточное финансовое средств для самостоятельного закупа основных средств для внедрения ВСМП	Капитальный ремонт за счет средств местного бюджета Трансферты за счет средств местного бюджета Привлечений инвестиций за счет ГЧП с передачей в доверительное управление с сохранением дерматовенерологической службы

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

**Результаты достижения целевых индикаторов стратегических направлений в соответствии со стратегическим планом\***

#### Стратегическое направление 1 (кадры)

№	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 мастер-классов с привлечением ведущих зарубежных специалистов из клиник дальнего и ближнего зарубежья	сотрудники	Отчет от HR-службы	HR-служба	2	3	Достиг
2	Обучение персонала, прошедшего обучение/переподготовку, в т.ч. за рубежом	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	20%	25,8%	Достиг
3	Текущая кадров*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не более 7,0%	6,9%	Достиг
4	Уровень удовлетворенности персонала*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	не менее 70%	93,8%	Достиг

#### Стратегическое направление 2 (пациент-ориентированность)

##### Индикаторы

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Удовлетворенность пациентов*	%	Отчет от HR-службы	HR-служба	95%	97,8%	Достиг

2	Показатель ВБИ	%	Комиссия инфекционного контроля	Главная медицинская сестра	0	0	Достиг
	Количество повторно-поступивших больных, вследствие некачественного лечения	0	Служба внутреннего аудита	Председатель службы внутреннего аудита	0	0	Достиг
	Общая летальность	0	Стат.данные	Заместитель директора	0	0	Достиг
	Доля иногородних пациентов	%	Стат.данные	Заместитель директора	Не менее 755%	7%	Достиг

### Стратегическое направление 3 (финансы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на отчетный год	Факт отчетного года (1-й год)	Статус достижения (достиг/не достиг)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Доход на 1 койку*	(млн. тенге)	Финансовая отчетность	Заместитель по ФЭВ	1,558млнтг	0,998млн. тг	Достиг
2	Амортизационный коэффициент	%	Финансовая отчетность	Заместитель по ФЭВ	Не более 50%	41,1%	Достиг
3	Доля доходов от платных услуг*	%	Финансовая отчетность	Заместитель по ФЭВ	не менее 5%	27,6%	Достиг

**Стратегическое направление 4 (больничный менеджмент)**

<b>№</b>	<b>Наименование целевого индикатора</b>	<b>Ед. измерения</b>	<b>Источник информации</b>	<b>Ответственные</b>	<b>План на отчетный год</b>	<b>Факт отчетного года (1-й год)</b>	<b>Статус достижения (достиг/не достиг)</b>
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Уровень компьютеризации рабочих мест	%	Отчет по цифровизации	Заместитель по ФЭВ	100%	100%	Достиг
2	Оборот койки*	Кол-во	Стат.данные	Заместитель директора	не менее 29,7 раза	29,1	Достиг
3	Средняя занятость койки (работы койки)	%	Стат.данные	Заместитель директора	100%	110%	Достиг
4	Средняя длительность пребывания пациента в стационаре*	Дни	Медицинская карта стационарного больного	Медицинская карта стац.больного	не более 9,5 дней	6,0	Достиг