

УТВЕРЖДАЮ

Директор КГП на ПХВ

«Областной центр фтизиопульмонологии»

КГУ «УЗ акимата СКО»

Бижанов К.Б.

« 01 » февраля 2023 года



Отчет о деятельности

КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии»

КГУ «УЗ акимата СКО» в 2022 году

**город Петропавловск
2023 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)

РАЗДЕЛ 2. УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура 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 финансовом положении (финансово-экономические показатели)

4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

4.3. Оценка эффективности использования основных средств

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1. Диспансерное наблюдение 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

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

6.1. Эффективность HR-менеджмента

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

6.3. Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала

6.4. Управление рисками в работе с персоналом

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

7.1. Управление ресурсами

7.2. Управление структурой пациентов

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями

7.4. Новые технологии, патенты, научные разработки

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

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

Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Областной центр фтизиопульмонологии» Коммунального государственного учреждения «Управление здравоохранения акимата Северо-Казахстанской области» является юридическим лицом в организационно-правовой форме коммунального государственного предприятия на праве хозяйственного ведения. Предприятие создано во исполнение постановления акимата Северо-Казахстанской области от «20» июня 2017 года № 248. Зарегистрировано Департаментом юстиции Северо-Казахстанской области (справка о государственной регистрации от 25 сентября 2017 года). Присвоен бизнес - идентификационный номер БИН- 951240001014.

Учредителем государственного предприятия и органом, осуществляющим по отношению к предприятию функции субъекта права коммунальной собственности, является акимат Северо-Казахстанской области. Органом государственного управления Предприятия является Государственное учреждение «Управление здравоохранения Северо-Казахстанской области».

Оказывает населению области медицинскую помощь при туберкулезе в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, включающую в себя: стационарную медицинскую помощь, консультативно-диагностическую помощь, паллиативную помощь и сестринский уход. По вопросам профилактики, выявления, диагностики и лечения туберкулеза оказывает организационно-методическую, консультативную помощь медицинским организациям; учреждениям пенитенциарной системы; детским дошкольным и школьным учреждениям Северо-Казахстанской области.

Лицензированные виды деятельности: медицинская помощь; лабораторная диагностика; доврачебная медицинская помощь; квалифицированная медицинская помощь; специализированная медицинская помощь; медико-социальная помощь.

Адрес: Республика Казахстан, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, ул. 4-я Линия, 2;

Телефон, факс: 8-(7152)-62-57-75, электронный адрес: otd_priemnaya@mail.kz
otdsko@mail.kz

Сайт медицинской организации www.optd.sko.kz

Миссия

Доступное, качественное, эффективное лечение туберкулёза и его профилактика, основанные на международных стандартах качества, безопасности медицинских услуг.

Видение

Снижение бремени туберкулеза на территории Северо-Казахстанской области, осуществляя свою деятельность на основе предоставления гражданам стационарной, амбулаторной специализированной противотуберкулезной помощи.

Основные показатели по итогам 2021 – 2022 гг

Показатели	2021	2022
Количество пролеченных пациентов	ТБ - 544	ТБ - 356
	КВИ - 4978	КВИ - 885
Среднегодовое число коек	Туб - 250	155
	КВИ- 400	
Число койко-дней	ТБ - 27500	ТБ - 23758
	КВИ - 56960	КВИ - 10015
Работа койки	ТБ - 115,5	ТБ - 133,3
	КВИ – 143,4	КВИ – 33,5
Число операций, проведенных в стационаре	-	62

Доля внедренных международных стандартов безопасности пациентов	100%	100%
Коэффициент внутрибольничных инфекций	0	0
Показатель заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения	33,8	39,3
Показатель смертности от туберкулеза на 100 тыс. населения	3,0	2,6

Всего на 1 января 2023 года количество сотрудников – 255, из которых:

	врачи	СМР	ММР	административно-управленческий персонал	АХЧ	бухгалтерия	прочие
ОЦФП	29	90	73	4	37	12	10

1.2 Стратегия развития (стратегические цели)

В соответствии со Стратегическим планом на 2018-2022 годы поставлены следующие программные цели:

Цель 1: Финансовая устойчивость предприятия.

Задача 1.1: Повышение эффективности управления и финансирования.

Задача 1.2: Повышение материально-технического потенциала.

Цель 2: Стабилизация и улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе.

Задача 2.1: Реформирование противотуберкулезной службы области путем сокращения коечного фонда и расширения амбулаторного и стационарозамещающего лечения больных ТБ и М/ШЛУ ТБ.

Цель 3: Предупреждение распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, снижение удельного веса запущенных форм среди новых случаев туберкулеза.

Задача 3.1: Внедрение новых медицинских технологий, современных методов и подходов, улучшение доступа к современным эффективным технологиям диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ ТБ.

Цель 4: Повышение качества и эффективности работы противотуберкулезной службы области в проведении профилактических, противоэпидемических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, привлечении ПМСП к раннему своевременному выявлению туберкулеза и лечению на амбулаторном этапе.

Задача 4.1: Усиление межведомственного и межсекторального сотрудничества по борьбе с ТБ, включающие определение стандартов социальной помощи больным ТБ на амбулаторном этапе лечения, оказание медицинской помощи мигрантам, совместные действия с КУИС по СКО, ОЦ СПИД.

Цель 5: Эффективный больничный менеджмент: создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи, непрерывное улучшение качества и безопасности оказываемых медицинских услуг.

Задача 5.1: Внедрение и развитие системы электронного учета и отчетности на всех уровнях контроля туберкулеза.

Задача 5.2: Повышение кадрового потенциала. Формирование пула из высококвалифицированных кадров.

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура управления

Приказом КГУ «Управление здравоохранения акимата СКО» № 253-ОД от 03.06.2019 года «Об утверждении наблюдательного совета» утвержден состав наблюдательного совета (далее НС).
Состав НС:

Байгожин Елан Олжабайұлы – директор ТОО «Жаснұр», председатель наблюдательного совета;

Опенько Владимир Геннадьевич – доцент кафедры хирургических болезней Медицинского университета Астана, член наблюдательного совета;

Иманжанов Нурболат Турмысович – заместитель руководителя по экономическим вопросам КГУ «Управление здравоохранения акимата СКО», член наблюдательного совета;

Мукушев КенесТанатарович – первый заместитель председателя Петропавловского городского филиала партии «NurOtan», член наблюдательного совета;

Бижанов Каньш Болатович – директор КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии», член наблюдательного совета;

Алишева Айнура Мейрашевна – юрист КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии», секретарь наблюдательного совета.

В 2022 году проведено 5 заседаний НС. Утверждены план работы НС, штатное расписание; заработные платы сотрудникам и порядок дифференцированной оплаты труда; индикаторы; вопросы передачи филиалов районов Г.Мусрепова и М.Жумабаева в распоряжение районных больниц; преysкурант цен; проведение закупок медицинского оборудования; капитальный ремонт крыши корпуса 5 ЛТО; о сокращении штатной численности и изменений условий труда.

Срок избрания членов НС закончен в июле 2022 года. Дважды объявлен конкурс на выбор членов НС, но дважды не состоялся.

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

Отдел Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) (далее отдел СПП и ВК) - структурное подразделение, осуществляет деятельность по управлению качеством медицинской помощи. Руководитель Службы – заведующая отделом, врач эксперт Шахтарина Наталья Владимировна.

Деятельность отдела СПП и ВК осуществляется по следующим направлениям:

- Разбор обращений пациентов и членов их семей, решение проблем пациентов;
- Анкетирование пациентов с целью изучения уровня удовлетворенности качеством оказания услуг;
- Внутренняя экспертиза медицинских карт пациентов на соответствие клиническим протоколам и установленным стандартам в области здравоохранения;
- Мониторинг качества оказания государственных услуг;
- Мониторинг рисков и инцидентов;
- Анализ внутренних индикаторов качества и безопасности оказания медицинских услуг;
- Разработка программных мероприятий, способствующих повышению качества оказания медицинских услуг;
- Обучение медицинского персонала.

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

Цель 1: Финансовая устойчивость предприятия.

Индикаторы финансирования деятельности

№ п/п	Наименование	Пороговое значение	Факт 2021 года	Факт 2022 года	Сведения о достижениях
1	Доход на 1 койку (млн. тенге)	4,7	8,4	19,8	Индикатор достигнут
2	Доля доходов от платных услуг	1,4	14,4	4,0	Индикатор достигнут
3	Рентабельность активов (ROA)	3,3	4,61	3,3	Индикатор достигнут
4	Просроченная кредиторская задолженность	0	0	328,1 млн тг	Индикатор не достигнут

В рамках данной стратегической цели индикаторы достигнуты на 75%.

Цель 2: Стабилизация и улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе.

Индикаторы

№ п/п	Наименование	Пороговое значение	Факт 2021 год	Факт 2022 год	Сведения о достижениях
1	Снижение заболеваемости туберкулезом	61,0	33,8	39,1	Индикатор достигнут
2	Снижение смертности от туберкулеза	3,75	3,0	2,6	Индикатор достигнут

В рамках данной стратегической цели индикаторы достигнуты на 100%.

В целом по области эпидситуация по туберкулезу относительно стабильная.

Показатель заболеваемости по итогам 2022 года составил 39,1 на 100 тыс. населения против 33,8 за аналогичный период 2021 года – рост на 15,7 % (по РК 36,5). Зарегистрировано 210 «новых» случаев заболевания против 183 в 2021 году.

Показатель смертности за 12 мес. 2022 года составил 2,6 на 100 тыс. населения – 14 случаев (за 12 мес. 2021 г. – 3,0 – 16 случаев) – снижение на 13,3 %. По РК – 1,4.

Цель 3: Предупреждение распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, снижение удельного веса запущенных форм среди новых случаев туберкулеза.

Отмечается рост показателя распространенности туберкулеза (новые случаи + рецидивы): по итогам 2022 года – 56,6 (2021 г. – 50,4), зарегистрировано 210 «новых случаев» и 94 рецидивов (в 2021 г. – 183 новых случаев и 90 рецидивов, показатель составил 50,4 на 100 тыс. населения). По РК – 56,8.

Уровень первичного ЛУ ТБ по области составил 18,6 % (2021 г. – 19,1 %).

Уровень приобретенного ЛУ ТБ составил 53,2 % (2021 г. – 61,1 %).

Показатель заболеваемости ЛУ ТБ по итогам 12 месяцев 2022 года составил 7,6 на 100 тыс. населения, отмечен рост на 2,7 % (12 мес. 2021 г. – 7,4 на 100 тыс. нас.). По РК 10,3.

Эффективность лечения новых случаев с МТ (+), зарегистрированных за 12 месяцев 2021 года, составила 87,5 % (индикатор 85,0%). Эффективность лечения больных ЛУ ТБ, зарегистрированных за 12 месяцев 2019 года (ПВР), составила 79,3 % (индикатор 75,0%).

Индикаторы

№ п/п	Наименование	Пороговое значение	Факт 2021 год	Факт 2022 год	Сведения о достижениях
1	Показатель излечиваемости впервые выявленных больных чувствительным туберкулезом с МБТ(+)	85%	85,7	87,5	Индикатор достигнут
2	Эффективность лечения больных с мультирезистентной формой туберкулеза	75%	77,0	79,3	Индикатор достигнут

В рамках данной стратегической цели индикаторы достигнуты на 100%.

Цель 4: Повышение качества и эффективности работы противотуберкулезной службы области в проведении профилактических, противоэпидемических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, привлечении ПМСП к раннему своевременному выявлению туберкулеза и лечению на амбулаторном этапе.

На 2022 год запланировано осмотреть профосмотрами 360544 человек, в том числе флюорографически – 324394 человека. На передвижных установках запланировано осмотреть 66126 человек.

Выявляемость туберкулеза методом флюорографии в 2021-2022 гг.

Годы	Годовой план (абс.в тыс.)	Всего обследовано (абс. в тыс.)	% выполнения годового плана	Выявлено больных ТБ (абс.)	Выявлено больных ТБ (на 1000 обследованных)
2021	327,0	324,2	99,1	153	0,5
2022	324,3	329,6	102,6	181	0,5

Низкий показатель выявляемости ТБ:

- Акжарский – 0,4 (3 случая);
- Аккайынский – 0,3 (4 случая);
- М.Жумабаева – 0,4 (7 случаев);
- Мамлютский – 0,3 (3 случая);
- Тимирязевский – 0,3 (2 случая).

в поликлиниках города:

- 1 ГП – 0,5 (16 случаев);
- 2 ГП – 0,4 (15 случаев);
- ЧНУ Денсаулык – 0,4 (7 случаев).

Всего по области группа *высокого риска* осмотрена на 102,0 % от годового плана – 35263 человек из 34588 запланированных, выявлено 84 больных туберкулезом, показатель выявления составил 2,4 на 1000 осмотренных (в 2021 г. осмотрено 32955 человек – 101,2 % (план 32566 чел.), было выявлено 54 больных туберкулезом, показатель выявления составил 1,6 на 1000 осмотренных).

Эффективность ФГ группы «высокого риска» низкая:

- Акжарский – 0,0 (нет выявления);
- Аккайынский - 0,8 (1 случай).

На передвижных ФГ – установках осмотрено 62645 человек, что составило 100,9 % от годового плана (62113 чел.). Выявлено 452 ФГ – положительных лиц, дообследовано 422 человека, выявлено с активным туберкулезом 32 человека – показатель выявления 0,5 на 1000 осмотренных.

Выявляемость туберкулеза методом туберкулинодиагностики в 2020 -2021 гг.

Годы	Годовой план (абс.в тыс.)	Всего обследовано (абс. в тыс.)	% выполнения годового плана	Выявлено больных ТБ (абс.)	Выявлено впервые инфицирован ных детей (%)
2021	40,6	40,4	99,5	3	6,5
2022	36,1	36,2	100,3	2	5,5

Туберкулиновыми пробами осмотрено 36263 детей – 100,3 % к годовому плану, выявлено 2 случая туберкулеза. С отрицательным результатом – 18773 чел. – 51,8 %, сомнительный – 4744 чел. – 13,1 %, положительный – 12746 чел. – 35,1 %.

Подлежало обследованию АТР (Диаскин – тест) 12746 детей. Обследовано 12728 (99,8 %), из них отрицательный – 12130, сомнительный – 218, положительный – 378.

Практически все районы и городские поликлиники охватили АТР всех подлежащих детей.

Выявляемость туберкулеза среди лиц с подозрением на туберкулез

Всего обратилось в ПМСП с жалобами, подозрительными на ТБ 2911 чел., из них методом G Хрефт осмотрено 2911 человек, из них 224 положительных (7,7 %), охват составил 100,0 %.

Ввиду дефицита катриджей в предыдущие месяцы обследование проводилось методом бактериоскопии, всего обследовано 1137 человек, из них положительные 147 чел. (13,0 %).

Индикаторы

№ п/п	Наименование	Пороговое значение	Факт 2021 года	Факт 2022 года	Сведения о достижениях
1	Выполнение плана мониторинговых визитов в ПМСП, КУИС	100%	144%	165%	Индикатор достигнут с перевыполнением

За 12 месяцев 2022 года врачами – фтизиатрами выполнены мониторинговые визиты во все 13 районов (в ходе мониторинга УЗ). В ходе мониторинговых визитов проверено исполнение противотуберкулезных мероприятий по итогам 2021 года, а также оказана организационно-методическая помощь. По итогам мониторинга в каждом районе проведены медицинские советы с участием руководителя и заместителей руководителя УЗ СКО. По результатам визитов составлены отчеты с рекомендациями и направлены руководителям районных больниц. Всего выполнен 41 мониторинг. Также во всех районах и поликлиниках города проведены дистанционные мониторинги.

В августе – сентябре месяце 2022 года проведены выездные семинары «Организация работы педиатрической службы ПМСП по своевременному выявлению, диагностике и лечению туберкулеза у детей. Планирование на туберкулинодиагностику. Вакцинация, ревакцинация». Всего обучено 279 специалистов.

В октябре проведено 2 кустовых семинара по туберкулезу, охвачено 151 человек.

Всего специалистами группы МиО ОЦФП обучено специалистов ПМСП – 620 чел. на семинарах – тренингах при выезде в районы с выдачей сертификатов, а также в рамках месячника борьбы с ТБ – 166 чел.

Цель 5: Эффективный больничный менеджмент: создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи, непрерывное улучшение качества и безопасности оказываемых медицинских услуг.

Индикаторы пациент – ориентированной системы

№ п/п	Наименование	Пороговое значение	Факт 2021 год	Факт 2022 год	Сведения о достижениях
1	Удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг	80%	95,0	97,0	Индикатор достигнут
2	Обоснованность жалоб и обращений в уполномоченные органы	0,5%	0	0	Индикатор достигнут
3	Обоснованность жалоб и обращений в отдел СПП и ВК	0,5%	0	8,3	Индикатор не достигнут
4	Наличие аккредитации медицинской организации	да	да	да	Индикатор достигнут

В рамках данной стратегической цели индикаторы достигнуты на 75%.

В целях изучения удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинских услуг проанализировано 399 анкет. Стратифицированная выборка анкетирования составила 32,1% (27,6% в 2021 году). Оценка удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью составила 97,0% (в 2021 году – 95,0%).

Обращения пациентов и членов их семей являются косвенным показателем удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

В 2022 году абсолютное число внутренних обращений в отдел Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) возросло на 1 случай (7,6%). Если в 2021 году обоснованных обращений не регистрировалось, то в 2022 году – 1 обоснованное обращение (8,3%) по случаю нарушения конфиденциальности.

За 12 мес 2022 года проведен разбор 8 «внешних» обращений, что на 38% меньше прошлого года (в 2021 году – 13 «внешних» обращений). Все обращения необоснованные.

КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии» КГУ «УЗ акимата СКО» аккредитован сроком на 3 года с присвоением имеет второй категории (Свидетельство об аккредитации №KZ18VEG00010238, выдано 13.07.2020г).

Индикаторы больничного менеджмента (внутренние процессы)

№ п/п	Наименование	Пороговое значение	Факт 2020 год	Факт 2022 год	Сведения о достижениях
1	Доля независимых членов в наблюдательном совете из числа общественной сферы	30%	60	60	Индикатор достигнут
2	Наличие пакета типовых корпоративных документов	Да	да	да	Индикатор достигнут
3	Пропускная способность стационара	100	100	100	Индикатор достигнут
4	Работа койки	ТБ -300 КВИ – по факту	ТБ – 115,5	ТБ – 134,2	Индикатор не достигнут
			КВИ – 143,4	КВИ – 27,8	Индикатор достигнут
5	Средняя длительность пребывания больного	ТБ -80 КВИ – 11	ТБ -50,6	ТБ -66,7	Индикатор достигнут
			КВИ – 11,4	КВИ – 11,3	Индикатор достигнут
6	Оборот койки	ТБ -3,6 КВИ – по факту	ТБ – 2,3	ТБ – 2,0	Индикатор не достигнут
			КВИ – 12,5	КВИ – 2,5	Индикатор достигнут
7	Больничная летальность	3,0	ТБ – 2,8	ТБ – 6,2	Индикатор достигнут
			КВИ – 10,8	КВИ – 14,9	Индикатор не достигнут

В рамках данной стратегической цели индикаторы достигнуты на 72,7%.

Индикаторы повышения кадрового потенциала

№ п/п	Наименование	Пороговое значение	Факт 2021 год	Факт 2022 год	Сведения о достижениях
1	Обеспеченность врачебными кадрами	90	43,9	58,8	Индикатор не достигнут
2	Обеспеченность кадрами СМР	95	66,2	58,9	Индикатор не достигнут
3	Укомплектованность кадрами общая (по всем категориям)	86	59,5	59,0	Индикатор не достигнут
4	Категорийность (врачи)	80	57,5	44,8	Индикатор не достигнут
				Учитывая предыдущие категории врачей – 75,8%	
6	Категорийность (СМР)	75	70,0	85,5	Индикатор достигнут
	Текущность кадров (врачи)	10	35,0	10,3	Индикатор не достигнут
7	Текущность кадров (СМР)	15	23,5	27,5	Индикатор не достигнут
8	Удовлетворенность персонала	80	80,0	72,7	Индикатор не достигнут

9	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку врача к средней заработной плате в экономике	1,25	1,83	1,25	Индикатор достигнут
---	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------	------	------	---------------------

В рамках данной стратегической цели индикаторы достигнуты на 22,2%.

На показатели кадрового потенциала повлияло изменение организационных структур, оптимизация коечного фонда и штатного расписания в 2022 году.

Категорийность врачей составила 44,8% (13 из 29 врачей). Потеряли категорию 9 врачей ввиду изменений в правилах присвоения квалификационных категорий (категории были отменены Кодексом о здоровье в системе здравоохранения в 2021 году, но все категории, которые были и подтвердились, сохраняются).

Учитывая предыдущие категории врачей, показатель категорийности составляет – 75,8% (24 из 29 врачей).

Работают менее 5 лет – 6 молодых специалистов – врачей.

3.2. Основные медико-экономические показатели

	Наименование	Факт 2021 год	Факт 2022 год
1	Удовлетворенность пациентов	95,0	97,0
2	Удовлетворенность работников	80,0	72,7
3	Предусмотрено штатных единиц	953,25	323,0
4	Количество пролеченных пациентов	Туб - 544	Туб - 356
		КВИ - 4978	КВИ - 885
5	Летальность	ТБ – 2,8	ТБ – 6,2
		КВИ – 10,8	КВИ – 14,9
6	Доходы за отчетный период составляют (млн. тенге)	4255,4	3062,8
7	Расходы всего за отчетный период составляют (млн. тенге)	3816,0	3180,0
8	Доходы от платных медицинских услуг и внебюджетных средств (млн. тенге)	624,43	117,5

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

Предприятие имеет самостоятельный баланс, бланки, штампы и печать с изображением Государственного Герба Республики Казахстан и наименованием Предприятия, работает согласно Устава, утвержденного Постановлением акимата Северо-Казахстанской области от 13 мая 2019 года №129, счета в банке второго уровня АО «Евразийский банк» в соответствии с законодательством:

Уставный капитал Предприятия составляет 1 218 174 480 тенге и сформирован местным исполнительным органом в полном объеме к моменту государственной регистрации Предприятия.

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

Показатели, представленные в таблице №1, содержат данные из промежуточного Отчета о финансовом положении предприятия за 2022 год.

Таблица №1
тыс.тенге

Активы	01.01.2022	31.12.2022	В % к валюте баланса		Изменение +/-, тыс.тенге
			0.01.2022	31.12.2022	
I. Краткосрочные активы	1 196 639	851139	32,22	32,66	--345500
Денежные средства и эквиваленты денежные средства	17 794	6398	0,48	0,25	-11396
Краткосрочная прочая дебиторская задолженность	204 313	52210	5,50	2,0	-152103
Запасы	964 042	782753	25,96	30	-181289
Прочие краткосрочные активы	10 490	9778	0,28	0,37	-712
II. Долгосрочные активы	2 516 810	1760091	68	67,4	-756719
Основные средства	2 503 025	17600191	67,40	67,40	-742934
Прочие долгосрочные активы	13 785		0,37	0	-13785
БАЛАНС	3 713 449	2611229	100	100	-1 102 220

Пассивы	01.01.2022	31.12.2022	В % к валюте баланса		Изменение +/-, тыс.тенге
			0.01.2022	31.12.2022	
III. Краткосрочные обязательства	731 070	695285	20	26,63	-35785
Краткосрочная торговая и прочая кредиторская задолженность	671 923	684690	18,09	26,22	12767
Краткосрочные оценочные обязательства	58 840	2874	1,58	0,11	-55966
Вознаграждения работникам	9	7454	0,00	0,29	7445
Краткосрочные обязательства по договорам покупателями	-	-	0,00	0,00	0
Прочие краткосрочные обязательства	299	267	0,01	0,01	-32
IV. Долгосрочные обязательства	1 112 914	90000	29,97	3,45	-1022914
Прочие долгосрочные обязательства	1 112 914	90000	29,97	3,45	-1022914
V. Капитал	1 869 465	1825944	50,34	69,93	-43521

Уставный капитал (акционерный)	1 218 174	1 218 174	32,80	46,65	0
Нераспределенная прибыль (непокрытый убыток)	651 291	607770	17,54	23,28	43521
БАЛАНС	3 713 449	2611229	100	100	-1102220

Анализ статей бухгалтерского баланса предприятия по состоянию на 31 декабря отчетного периода показывает, что доля оборотных активов от общих активов предприятия составила 32,7%. Доля запасов в активах 30% от общих активов предприятия

Дебиторская задолженность имеет тенденцию к снижению и образует 2% от общей структуры активов, включая преимущественно задолженность покупателей по договорам субподряда. Доля прочих активов изменилась и составила 0,37 %.

В пассивной части баланса доля текущих обязательств от общей суммы обязательств и капитала равна 26,6%. При этом доля кредиторской задолженности поставщикам возросла до 26,2 %.

Прочие долгосрочные обязательства снизилась до 3,45% в результате списания государственной субсидии на доходы текущего периода.

В составе структуры капитала уставный капитал предприятия неизменен в суммовом выражении и составляет 1218174 тыс.тенге, Нераспределенная прибыль равна 23,28% и снизилась до 607770 тыс.тенге за счет убытка отчетного периода в сумме 759,0тыс.тенге,

Коэффициентный анализ рентабельности активов за текущий период привел к значению 0,0%, рассчитанное как отношение комплексной прибыли к средней стоимости активов.

Отчет о прибылях и убытках

При определении результатов финансово-хозяйственной деятельности предприятие использует принцип начисления, в соответствии с которым доходы и расходы признаются в бухгалтерском учете и отражаются в финансовой отчетности, когда они заработаны. В таблице №2 представлена расшифровка доходов в разрезе их источника финансирования:

Таблица №2
тыс.тенге

№п/п	Источник финансирования	2021 год	2022 год	Отклонение
ТУБ		1 180 732	1227606	46874
1	Комплексный тариф	1 076 656	1119487	42831
2	Амбулаторно-поликлиническая помощь	80 167	68770	-11397
3	Стационарная медицинская помощь	23 909	39349	1544
КВИ		1 707 539	413285	-3832683
№п/п	Источник финансирования	2021 год	2022 год	
4	Лечение больных коронавирусом CODIV-19	2 105 809	413251	-1692558
5	Диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID-19	798		798
6	Карантинная госпитализация	254	34	-220
7	Надбавка работникам, задействованным в КВИ для ОЦФП и сторонних организаций	2 139 107		2139107
8	Провизорная госпитализация	0		0
Медицинская реабилитация		23 097	3942	-19155
Прочие доходы в ГОБМП		195 957	8410879	8214922
9	Прочий доход от государственных субсидий	123 313	2198658	2075345
10	Доход в виде безвозмездно полученных ОС, медикаментов, ИМН	70 742	6194140	6123398

11	Прочий доход от неисполнения договорных обязательств/списание обязательств	73	864	791
12	Прочий доход от оприходования излишков/по результатам инвентаризации	0		
13	Компенсация по ранее произведенным вычетам	1 999	17217	12218
Внебюджет		440 035	133383	-306652
14	Выявление РНК вируса CODIV-19 методом ПЦР для предприятий	387 395	91259	-296136
15	Доход от реализации платных услуг населению	2 810	2152	-658
16	Доход от реализации платных услуг юридическим лицам	15 145	10507	-4638
17	Доход от реализации субподрядных услуг	8 817	8977	160
18	Компенсация по ранее произведенным вычетам	7 201	7201	
19	Доходы по вознаграждению	17 731	4167	-13564
20	Прочие доходы	937	9120	8183
Итого доходов		6 085 959	10189095	-4103136

Показатели, представленные в таблице №3 содержат данные из промежуточного Отчета о прибылях и убытках предприятия за 2022год.

Таблица №3
тыс.тенге

Наименование показателей	31.12.2021	31.12.2022	Изменение +/-, тыс.тенге
Выручка	5 863 964	1869752	-3994212
Себестоимость реализованных товаров и услуг	5 572 204	0	5 572 204
Валовая прибыль	291 760	1869752	1577992
Административные расходы	146 170	156016	9846
Итого операционная прибыль (убыток)	145 590	-879645	-1025235
Финансовые доходы	17 731	187838	170107
Прочие доходы	204 265	8131505	7927240
Прочие расходы	324 315	7440458	7116143
Прибыль за год	43 271	-759	-44030
Часть чистой прибыли в бюджет	3 096		-3096

В таблице данных о прибылях и убытках представлены три уровня прибыли: валовая прибыль, операционная прибыль, прибыль за год, которые отражены в разных разделах отчета.

Оценка эффективности использования основных средств

Балансовая стоимость основных средств на отчетную дату сформирована на 1 760 091 тыс. тенге. В рамках инвестиционной деятельности, за счет местного бюджета приобретены аппараты высокопоточной кислородной терапии на общую сумму 7 350 тыс. тенге., видеозендоскопическая система на сумму 72 287 тыс.тенге, анализатор микробиологический на сумму 19 310 тыс.тенге.

За счет модернизации (капитального ремонта) увеличена стоимость здания больницы и лечебного корпуса на сумму 718 084 тыс.тенге

В связи с закрытием структурных подразделений в районах им. Г. Мусрепова и М. Жумабаева полученные на безвозмездной основе увеличили стоимость активов на 6 117 975 тыс. тенге.

В связи с закрытием этих же подразделений в районах им. Г. Мусрепова и М. Жумабаева безвозмездно переданы основные средства (здания, сооружения, транспорт) в районные больницы на сумму 6 074 834 тыс. тенге. Расходы по списанию активов составили 7 284 043 тыс.тенге.

Индикаторы эффективности использования ресурсов

Ресурсы	Ед. измерения	План на 2022 год	Факт 2022 года	Сведения о достижениях
Обеспечение ГОБМП	Тыс. тенге	Туб 1512511,31 КВИ 389326,92	1255506,55- 83%	Индикатор достигнут
Доля финансовых средств на приобретение ЛС, ИМН	%	16,0	16,0	Индикатор достигнут
Доля финансовых средств на оплату повышений квалификации персонала	%	0,3	0,1	Индикатор не достигнут
Доля финансовых средств на питание	%	8,0	4,0	Индикатор не достигнут
Доля финансовых средств на оплату ГСМ, топлива	%	2,0	0,1	Индикатор не достигнут
Доля расходов на содержание здания и оборудования	%	2,8	1,2	Индикатор не достигнут
Доля расходов на проведение ремонтных работ	%	6,0	1,5	Индикатор не достигнут
Доля расходов на обновление материально-технической базы	%	3,0	6,0	Индикатор достигнут

Индикаторы эффективности использования ресурсов достигнуты на 37,5%.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1. Диспансерное наблюдение пациентов

С 09 марта 2021года диспансерное отделение ОЦФП перепрофилировано в консультативно-диагностическое отделение. Проведена горизонтальная интеграция фтизиатрической службы с ПМСП г. Петропавловска. Лечение и диспансерное наблюдение больных туберкулезом проводится согласно установленных стандартных схем. Создана и работает компьютерная база «Национальный регистр больных туберкулезом» с ежемесячной передачей данных в ННЦФ.

Показатели эффективности диспансерного наблюдения пациентов оцениваются по поликлиникам ПМСП.

Централизованно осуществляется направление пациентов на оздоровление и реабилитацию. В 2022 году выдано 112 путевок для взрослых в РЦР «Бурабай» (121 путевка в 2021 году).

Оздоровление детей в санаторных группах:

- в санаторных группах детского сада «Чайка» - 199 (в 2021 году 174)
- в Мамлютской санаторной школе – интернате - 85 (в 2021 году - 84).
- в РЦР для детей и подростков «Бурабай» - 12 (в 2021 году – 13).

4.2. Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации

В течение 2022 года Службой поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) проводилось добровольное анонимное анкетирование среди пациентов медицинского учреждения на удовлетворенность медицинскими услугами. Проанализировано 399 анкет, общий показатель удовлетворенности качеством медицинской помощи достаточно высокий и составил 97,0%.

Анкетирование пациентов за 12 мес 2022 года

	Данные опроса пациентов							ИТОГО
	Анкетирование пациентов профиля КВИ	1 ЛТО	4 ЛТО	5 ЛТО	ЛХО	КДО	Электронные анкеты	
Число анкет	244	32	35	41	34	13	-	399
Показатель удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг (%)	94,0	97,6	98,1	94,0	98,5	100		97,0

Показатели удовлетворенности оказанной медицинской помощью по отделениям в 2022 году

№ п/п	Вопросы	Пациенты профиля КВИ	ЛТО 1	ЛТО 4	ЛТО 5	ЛХО	КДО	Общая оценка
1.	Удовлетворенность доброжелательностью и вежливостью врачей	97,2	98,2	99,2	99,0	99,5	100	98,8
2.	Удовлетворенность доброжелательностью и вежливостью медсестер	97,2	98,2	99,5	99,0	99,5	100	98,9
3.	Удовлетворенность доступностью и полнотой объяснений медицинского персонала по поводу заболевания, лечения, ухода	95,2	98,2	99,2	98,0	98,2	100	98,1
4.	Удовлетворенность регулярностью и тщательностью проведения осмотра лечащим врачом	98,0	96,0	99,2	98,0	98,2	100	98,2
5.	Удовлетворенность соблюдением правил безопасности, санитарных норм при проведении процедур	96,5	99,5	99,2	99,0	99,0	100	98,8
6.	Удовлетворенность качеством и разнообразием питания	90,2	96,0	96,2	90,0	96,0	-	93,5
7.	Удовлетворенность чистотой помещений и комфортом пребывания	97,2	96,0	99,2	98,0	98,2	100	98,1
8.	Удовлетворенность качеством медицинского обслуживания в Центре фтизиопульмонологии в целом	95,2	96,0	99,2	98,0	98,0	100	97,7
9.	Неудовлетворенность приобретением лекарственных средств за свой счет	0,25	0	0	0,25	0	0	0,08
10.	Неудовлетворенность оплаты медицинских услуг, минуя кассу	0	0	0	0	0	0	0
Уровень удовлетворенности в целом		94,0	97,5	98,1	94,0	98,5	100	97,0

Анализ поступивших обращений в отдел СПП и ВК за 12 мес 2021 - 2022 гг

Годы	Способ обращения			Пол		В том числе анонимно	Язык обращения		Всего
	Телефон доверия	Устно	Письменно	Муж	Жен		Каз	Рус	
12 мес 2021 г	7	1	5	6	7	1		13	13
	53,9%	7,6%	38,5%	46,1%	53,9%	7,6%		100%	
12 мес 2022 г	11		1	6	6			12	12
	91,7%		8,3%	50%	50%			100%	

Структура обращений за 12 месяцев 2021- 2022 года

По содержанию обращений	12 мес 2021г		12 мес 2022г	
	абс	%	абс	%
ВСЕГО	13		12	
Некачественное обследование, лечение	6	46,1	5	41,6
Нарушения этики и деонтологии медицинских работников				
Недостатки в организации работы ОЦФП (стационар, КДО)	5	38,5	3	25,0
Неудовлетворенность питанием			1	8,3
Вопросы МСЭ				
Прочие вопросы	2	15,2	3	25,0
Обоснованность обращений				
Обоснованные			1	8,3
Частично обоснованные	7	53,9	1	8,3
Необоснованные	6	46,1	9	75,2

В 2022 году число абсолютное число обращений возросло на 1 случай (7,6%). Если в 2021 году обоснованных обращений не регистрировалось, то в 2022 году – 1 обоснованное обращение (8,3%) по случаю нарушения конфиденциальности.

Информация по обращениям пациентов, поступивших в компетентные органы с привлечением независимых экспертов

Годы	Всего зарегистрировано обращений	Обоснованность					
		Обоснованные		Частично обоснованные		Необоснованные	
		Абс количество	Удельный вес (%)	Абс количество	Удельный вес (%)	Абс количество	Удельный вес (%)
2021	0	0		0		0	
2022	2			2	100		

С целью оперативного реагирования на жалобы и критические публикации граждан, согласно осуществляется еженедельный мониторинг обращений граждан на следующих интернет-платформах:

- ✓ Виртуальная приемная официального сайта ОЦФП <http://optd.sko.kz/bin-admin/dashboard.php?mod=treat&do=list>;
- ✓ Единая платформа приема и обработки всех обращений граждан <https://eotinish.gov.kz/dashboard>
- ✓ Единый контактный центр НАО «ФСМС» <https://crm.fms.kz/>;
- ✓ Открытый диалог с Министром здравоохранения РК www.dialog.egov.kz/blogs

С декабря 2021 года в ОЦФП открыт Call центр для обработки входящих звонков и обращений от населения, родственников пациентов, самих пациентов, минимизируя риски роста неудовлетворенности населения обратной связью. Операторами Call центр назначены опытные медицинские сестры, владеющие коммуникационными навыками общения с пациентами и членами их семей, работой в МИС «Надежда», оперативно реагирующих на негативные и проблемные обращения.

Структура обращений, поступивших в Call-центр ОЦФП в 2022 году

Всего поступивших звонков в Call-центр	город	село	медработники	справочные обращения по ГОБМП	по амбулаторному обслуживанию	по стационарному обслуживанию	лекарственное обеспечение	другое
1608	1433	175	1	0	313	1052	0	243

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов

Согласно приказу УЗ СКО № 74/1 -0 от 01 марта 2022 года «О передаче коечного фонда КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии» в КГП на ПХВ «Районная больница М.Жумабаева» коечный фонд стационара 30 коек по профилю реабилитационные для взрослых переданы в КГП на ПХВ «Районная больница М.Жумабаева».

Согласно приказа УЗ СКО № 102 – 0 от 28 марта 2022 года «О внесении изменений от 10 марта 2022 года № 82 «Об усилении санитарно – противоэпидемических и санитарно – профилактических мероприятий по лечению и предупреждению распространения коронавирусной инфекции на территории Северо – Казахстанской области» закрыт инфекционный стационар на базе Областного центра фтизиопульмонологии.

Согласно Приказу УЗ СКО № 160 – 0 от 29 апреля 2022 года «Об утверждении состава коечного фонда КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии» КГУ «Управления здравоохранения акимата Северо – Казахстанской области» утвержден состав коечного фонда ОЦФП и составил 150 коек: по профилю туберкулезные для взрослых – 140 коек, в том числе для принудительно лечения – 5 коек, для оказания паллиативной помощи – 5 коек, туберкулезные хирургические – 20 коек, с внелегочным туберкулезом – 10 коек; туберкулезные для детей – 10 коек.

4.3.Безопасность пациентов

В 2020 году проведена внешняя комплексная оценка КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии» на соответствие стандартам в сфере здравоохранения. Согласно протоколу №8 от 13.07.2020г. заседания комиссии по аккредитации присвоен статус второй категории. Свидетельство №KZ18VEG00010238, действует до 13.07.2023 года.

Культура безопасности является высшим приоритетом. Все сотрудники вносят свой вклад в Культуру безопасности, постоянно оказывая друг другу поддержку, уделяя большое внимание работе в коллективе и в первую очередь обеспечивая безопасность пациентов. Цель культуры безопасности пациентов – постоянно предоставлять каждому пациенту, которого Медицинская организация обслуживает, возможность выздоравливать в обстановке безопасности, покоя, удобства и чистоты.

Культура безопасности соответствуют следующим принципам:

- ✓ Безопасность – медицинское обслуживание с тщательным соблюдением безопасности;
- ✓ Забота – медицинское обслуживание с заботой и сочувствием;
- ✓ Качество – медицинское обслуживание наивысшего качества;
- ✓ Оперативность – уменьшение времени в очереди на обслуживание;
- ✓ Эффективность – наилучшее медицинское обслуживание на основе клинических данных;
- ✓ Рациональность – избежание неэффективного использования времени и оборудования;

- ✓ Равенство – предоставление наилучших услуг независимо от демографических характеристик пациента;
- ✓ Индивидуальный подход – медицинское обслуживание с учетом культурных особенностей, потребностей и ценностей каждого пациента.

Соблюдаются ключевые принципы Культуры безопасности:

- ✓ *Внимание к мельчайшим деталям.* Медицинская организация заботится о безопасности пациентов, направляя свои основные усилия на обеспечение мер безопасности.
- ✓ *Чёткое донесение информации.* Медицинская организация обеспечивает безопасность пациентов, сообщая правильную информацию правильным способом в правильное время.
- ✓ *Взаимная поддержка.* В вопросах безопасности пациентов мнение каждого имеет равное значение. Сотрудники постоянно участвуют в процессе улучшения безопасности пациентов, сообщая о происшествиях, потенциальных ошибках/почти ошибках или проблемах, перенимают опыт друг у друга.

Ведется ежеквартальный мониторинг индикаторов улучшения качества и безопасности пациентов.

Внутренние индикаторы улучшения качества и безопасности пациентов в 2022 году

№ п/п	Индикатор	ВСЕГО (абс)	ВСЕГО (%)
1	Случаи ненадлежащей идентификации пациентов	2	0,16%
2	Случаи нарушения передачи устных сообщений	1	0,08%
3	Случаи отсутствия переводных эпикризов	3	0,5%
4	Случаи отсутствие листов оценки боли	7	1,19%
5	Случаи наличие ошибок при назначении ЛС	3	0,5%
6	Случаи нерационального использования антибиотиков	2	0,34%
7	Число НЯ	40	3,2%
8	Коэффициент реализации практики гигиены рук (%)		92,6%
9	Коэффициент готовности к операции от общего числа оперированных больных	17	100%
10	Число первичной оценки риска падения	1654	100%
11	Число повторной оценки риска падения	686	41,5%
12	Число пациентов с катетрами и трубками	672	-
13	Число обученных пациентов с катетрами и трубками	624	92,8%
14	Факты падений пациентов	1	0,08%
15	Факты этических нарушений прав пациента	0	
16	Факты нарушений субординации	1	
17	Случаи нарушения конфиденциальности информации	1	0,08%

Коэффициенты внутреннего контроля безопасности пациентов

Расчет коэффициентов внутреннего контроля позволяет оценивать и контролировать ситуацию с целью принятия управленческих решений.

№ п/п	Индикаторы	2021 год	2022 год
1.	Коэффициент внутрибольничных инфекций	0%	0%
2.	Индикатор по обучению персонала по гигиене рук	100%	100%
3.	Индикатор реализации правил по гигиене рук	97,8%	92,6%

4.	Коэффициент надлежащей идентификации пациентов	100%	99,8%
5.	Коэффициент ошибок при передаче информации в точках перехода (передача смен, устные сообщения, телефонограммы, передача тревожно-критических величин)	0%	0,1%
6.	Коэффициент использования контрольного перечня по хирургической безопасности	Не оценен	100%
7.	Коэффициент необоснованного использования наркотических препаратов	0	0
8.	Коэффициент нерационального использования антибиотиков	3,1%	0,34%
9.	Индикатор ошибок при назначении и предоставлении медикаментов	0,7%	1,87%

Представленные коэффициенты показывают, что действует непрерывное улучшение качества процессов предоставления медицинских услуг и их безопасность.

5.5. Управление рисками

Цели и задачи Политики управления рисками:

1. Защита интересов Центра путем обеспечения непрерывности деятельности и снижения возможных потерь и воздействий негативных факторов на деятельность медорганизации;
2. Определение основных подходов к вопросам выявления, оценки и реагирования на риски Организации;
3. Удерживание риск-аппетитов (способность и желание принимать на себя определенные риски для достижения поставленных целей);
4. Обеспечение эффективности бизнес-процессов, достоверности внутренней и внешней отчетности, соблюдение норм и правил;
5. Принятия эффективных решений с учетом факторов риска.

Принципы управления рисками:

1. Система управления рисками - это неотъемлемая часть всех организационных процессов;
2. Система управления рисками является частью процесса принятия решений;
3. Система управления рисками учитывает человеческие и культурные факторы;
4. Система управления рисками прозрачна для всех заинтересованных сторон;
5. Система управления рисками способствует непрерывному улучшению и развитию Центра.

Риск-менеджмент служит направлением при принятии решений, позволяет выявлять, оценивать потенциальные риски и управлять ими.

Регистром рисков на ежемесячной основе является лист мониторинга рисков на основании отчетов об инцидентах, докладных и объяснительных сотрудников.

Картой рисков является ежемесячная оценка подготовленности к рискам и ежеквартальный анализ рисков по FMEA.

По случаям инцидентов проводится внутренний аудит, составляется план корректирующих мероприятий с указанием ответственных лиц и сроков исполнения.

Аутсорсинг рисков по итогам календарного года дает оценку эффективности работы, последствиям по рискам, эффективности мер по их управлению, создание культуры «осознания рисков», необходимость определения «владельцев рисков», ответственных за принятие действенных мер.

В 2022 году, в сравнении с прошлым 2021 годом произошло снижение рисков в 2,1 раза.

В разрезе идентификатора:

- ✓ Риски, связанные с управлением - снижение в 1,5 раза
- ✓ Профессиональные риски – снижение в 2,4 раза, вместе с тем на уровне прошлого года сохраняется степень рисков: с использованием медицинского оборудования, жалоб от пациентов, питания пациентов.
- ✓ В 2021 году не зарегистрированы этические нарушения, тогда как в 2022 году – 1 нарушение со стороны главного бухгалтера.
- ✓ Произошел рост материально экономических рисков.

- ✓ В 27 раз снизились риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников. Вместе с тем в 2022 году зарегистрирован случай заражения туберкулезом санитарки лаборатории (в 2020-2021г профессиональной заболеваемости туберкулезом не зарегистрировано).
- ✓ Техничко- эксплуатационные, пожароопасные, террористические риски практически сохраняются на уровне 2021 года.
- ✓ Возросло число инцидентов, связанных с алкогольным состоянием пациентов.
- ✓ Получение травмы во время пребывания в стационаре снизилось с 9 случаев в 2021 году – до 1 случая в 2022 году.
- ✓ Число рисков, не вошедших в тарификатор на уровне прошлого года (в 2021 году -2, в 2022 году – 2).

Анализ рисков по FMEA по итогам 2022 года

Шаги в процессе	Тип сбоя	Причина сбоя	Действия по снижению риска сбоя
1	Риски, связанные с управлением	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дисциплинарные нарушения определенной части персонала ввиду халатности 2. Недостаточный профессиональный уровень определенной части персонала 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Введение в должность вновь принятых сотрудников. 2. Комиссионный разбор нарушений. 3. Дисциплинарные взыскания.
2	Профессиональные (медицинские) риски	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обращения (жалобы) пациентов; 2. Нарушения по питанию пациентов; 3. Факты падений пациентов; 4. Закуп несоответствующего качества медицинской одежды; 5. Кредиторская задолженность за ЛС; 6. Нарушения по хранению и документированию психотропных ЛС; 7. Искажение финансовой отчетности (своевременно не просмотрены счет-фактуры РЦР Бурабай); 8. Несоответствие сроков годности реактивов; 9. Наличие непогашенной кредиторской задолженности. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разбор обращений пациентов в отдел СПП и ВК; 2. Проведение этической комиссии по случаю инцидента в бухгалтерии; 3. Проведение заседаний бракеражной комиссии по несоответствиям питания (меню, закладка, выдача); 4. Внутренний клинический аудит по случаям падений пациентов; 5. Приобретение по госзакупке медицинской одежды надлежащего качества; 6. Комиссионный разбор по случаю кредиторской задолженности и отсутствия внутреннего финансового аудита; 7. Комиссионный разбор по случаю ненадлежащего архивирования бухгалтерской документации; 8. Проведение работы по количественному учету медикаментов и ИМН в МИС «Надежда»; 9. Приведение в соответствие условий на апетчном складе; 10. Комиссионный разбор нарушений финансовой отчетности; 11. Мониторинг сроков годности реактивов. 12. Решение вопросов погашения кредиторской задолженности. 13.
3	Риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аварийная ситуация в МИБ блок А. 2. Случай заболеваемости туберкулезом сотрудницы лаборатории (санитарка Г.А.А., взята на ДУ 17.10.2022г) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внеочередное заседание КИК по случаю аварийной ситуации. 2. Внеочередное заседание КИК по случаю заболевания сотрудника.
4	Техногенные (техничко- эксплуатационные)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отключение электроэнергии; 2. Прорыв тепловой трассы; 3. Прорыв вентиля отопления; 4. Возгорание световой лампы в 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экстренное устранение последствий аварий. 2. Проведение обхода зданий с оценкой необходимости замены

		палате;	оборудования; 3. Установление проблемных вопросов коммуникационных систем;
5	Пожароопасные	1. Возгарание световой лампы в палате	1. Немедленное устранение; 2. Обход отделения по вопросам противопожарной безопасности;
6	Взрывоопасные	Не зарегистрированы	
7	Террористические (охрана объекта)	Не зарегистрированы	
8	Инциденты, связанные с алкогольным состоянием пациентов	1.Нарушение больничного режима пациентами. 2.Пронос и распитие алкоголя в стационаре. 3.Коммуникативные нарушения между пациентами. 4. Коммуникативные нарушения между пациентами и дежурным персоналом.	1. Контроль алкоголизации пациентов; 2. Регистрация случаев нарушения режима стационара в качестве инцидентов. 3. Привлечение охранных агентств и УВД к разрешению инцидентов. 4. Внутренний клинический аудит по случаям нанесения телесных повреждений пациентам от других пациентов
9	Получение травмы во время пребывания в стационаре	Пациентка 5 лто вскрыла вены, мотивируя жизненной ситуацией. Помощь оказана своевременно	1.Разбор случая незавершенного суицида пациентки 5 лто;
10	Прочие	1.Риски финансово-хозяйственной деятельности 2. Пронос через передачу пациенту неизвестного ПАВ	1. Работа внутрибольничных комиссий по разбору несоответствий финансово-хозяйственной деятельности, работы в портале государственных закупок. 2. Незамедлительный вызов правоохранительных органов ОБН.

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

1.1. Эффективность HR-менеджмента

Для достижения данной цели определены несколько основных задач:

А). Обучение специалистов в странах ближнего зарубежья, обучение среднего медицинского, младшего персонала на местной базе в целях повышения кадрового потенциала.

В целях повышения квалификации специалистов в 2022 году прошли переподготовку:

- Цикл «Актуальные вопросы фтизиатрии» - 18 врачей;
- Цикл «Клинико-диагностическая лаборатория» - 2 врача;
- Цикл «Биологическая безопасность и меры по снижению биологических рисков» - 1 врач;
- Цикл «Молекулярно-генетическая диагностика туберкулеза и ЛУ ТБ» - 1 врач;
- Цикл «Проведение тестов на лекарственную чувствительность к препаратам 2 ряда» - 1 врач.

В 2022 году курсы повышения квалификации СМР прошли:

- ✓ Актуальные вопросы фтизиатрии – 12 чел,
- ✓ Общие сестринские технологии – 30 чел,
- ✓ Избранные вопросы физиотерапии – 2 чел,
- ✓ Основы лечебной физкультуры – 1 чел,
- ✓ Работа медсестры службы крови – 6 чел,
- ✓ Менеджмент в сестринском деле – 3 чел

- ✓ Неотложная доврачебная помощь на догоспитальном этапе с применением BLS - 10
- ✓ Сестринское дело по циклу электрокардиограф – 2 чел.,
- ✓ Роль медицинской сестры в профилактике ВИЧ/СПИД – 1 чел
- ✓ Актуальные вопросы бактериологии – 1 чел,
- ✓ Современные клинические методы исследования – 1 чел,
- ✓ Актуальные вопросы паразитологии – 1 чел.

Б). Совершенствование системы профессионального развития среднего медицинского персонала, включая расширение его прав и полномочий.

В ОЦФП действует Программа развития сестринского дела. В рамках мультипрофессиональной команды партнерства врача и медсестры, позиционируя медсестру в качестве равноправного партнера врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации.

В 2022 году достигнуты следующие программные цели:

1. Поднятие престижа медицинской сестры.
2. Повышение категорийности СМР.

Категорийность на 01.01.2023 год-85,5%. Имеют категории 77 человек:

Высшая – 44 чел – 48,8%;

Первая – 22 чел - 24,6%;

Вторая – 11 чел – 12,2%;

Сертификат – 13 чел – 14,4%;

3. Подготовка специалистов сестринского дела в рамках бакалавриата.

Окончили «НАО медицинский университет Караганды» с присвоением бакалавр здравоохранения – 2 чел.

Окончил Северо-Казахстанский медицинский колледж по специальности прикладной бакалавриат – 1 чел.

Студентами Оренбургского государственного медицинского университета МзРФ г. Оренбург являются 10 СМР.

Студентами Медицинского университета г. Караганды являются 9 СМР.

Студентами университета Аль Фараби г. Алматы – 2 СМР.

Обучаются на факультете Фармация Оренбургского ГМУ – 1 чел, Астанинский медицинский университет, факультете Фармация – 1 чел., Курганский ГУ факультет биология – 1 чел.

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

Дифференцированная оплата труда осуществляется на основании Положения об оплате труда, премии, возмещению затрат по командировочным расходам и оплате дежурств Работников коммунального государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Областной центр фтизиопульмонологии» КГУ «Управление здравоохранения акимата Северо-Казахстанской области» на 2020 – 2022 годы.

Разработано дополнение к Положению, определяющий условия стимулирующих выплат работников в 2022 году. Для усиления материальной заинтересованности работников предприятий в повышении эффективности производства и качества работы будет производиться стимулирующая выплата по итогам ежемесячной работы. Размер вознаграждения (стимулирующие выплаты) определяться экономической комиссией на основе оценки деятельности по достижению индикаторов.

6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала

На постоянной основе проводятся мероприятия по развитию корпоративной культуры и поддержанию корпоративных ценностей.

В первом полугодии 2022 года проведение корпоративных мероприятий ограничено ввиду эпидемиологической ситуации в стране и торжественные мероприятия проводились преимущественно дистанционно, но награждения почетными грамотами и ценными подарками заслуженных работников неизменно. То со 2 полугодия торжественные мероприятия проводились в разнообразной форме: флешмобы, концерты, корпоративный выезд на природу.

С целью нематериальной мотивации сотрудникам вручались почетные грамоты, благодарственные письма, ценные подарки. В 2022 году награждены 11 врачей, из них 1 врач получил Государственную награду Министерства здравоохранения РК.

Средние медицинские работники награждены в количестве 23 чел, из них одна медсестра получила Государственную награду Министерства здравоохранения РК.

Награждено 18 чел младшего медицинского персонала и 12 чел прочего персонала.

6.4 Управление рисками в работе с персоналом

Разработаны и утверждены Программа и план по управлению рисками.

Проводятся обучающие мероприятия и аттестации сотрудников по основным вопросам производственных рисков.

В областном центре фтизиопульмонологии идентифицируются следующие риски в работе персонала, требующие управления и контроля:

- 1) Риски, связанные инфицированием (ВИЧ, вирусный гепатит, туберкулез и др.) во время профессиональной деятельности.

Разработаны и утверждены Программа и план по управлению рисками.

Проводятся обучающие мероприятия и аттестации сотрудников по основным вопросам производственных рисков.

- 2) Риски, связанные с инфицированием (ВИЧ, вирусный гепатит, туберкулез и др.) во время профессиональной деятельности.

Среднегодовая численность сотрудников составила 256 чел, из них 121 специалист с медицинским образованием. Все медицинские работники проходят периодические медицинские осмотры.

В рамках медицинского осмотра обследовано на ВИЧ- инфекцию 146 человек, на маркеры вирусных гепатитов обследовано 195 человек.

Из числа обследованных медицинских работников положительного результата на маркеры ВГВ, ВГС, ВИЧ-инфекцию не выявлено.

Профилактический флюорографический осмотр своевременно прошли все сотрудники ОЦФП, выявлен 1 случай туберкулеза у санитарки лаборатории.

Медицинский персонал обеспечен средствами индивидуальной защиты и специальной одеждой в полном объеме. Закуплено в 2022 году респираторов класса FFP-2 и FFP-3 с фильтрационной способностью 94% и 97% на сумму 41 712 000 тенге. С целью обеспечения дезинфекционно-стерилизационного режима закуплены дезинфицирующие средства на сумму 52 970 112 тенге, кожные антисептики на сумму 9 609 462 тенге, антибактериальное мыло на сумму 11 844 712 тенге.

Обеззараживание воздуха проводится путем бактерицидных установок с систематическим учетом часов нагорания ламп.

В 2022 году ревизия системы приточно – вытяжной вентиляции не проводилась. Параметры системы приточно – вытяжной вентиляции частично не достигают пороговых значений.

- 3) Риски, связанные с эксплуатацией медицинского оборудования (испарение, влажность, удар электрическим током).

Разработана Программа гигиены труда и здоровья персонала. Утвержден план работы по охране труда и технике безопасности. Ведется постоянный контроль соблюдения правил техники безопасности. Приказами по основной деятельности назначены ответственные лица за соблюдение правил техники безопасности. Распределена ответственность за проведение инструктажей с персоналом (вводный, первичный, повторный). Разработаны стандартные операционные процедуры, алгоритмы, инструкции и формуляры.

На рабочих местах имеются инструкции по охране труда и технике безопасности по профессиям, по безопасной работе на каждое оборудование.

Производственных травм, несчастных случаев в 2022 году не зарегистрировано (в 2021 году не зарегистрировано).

- 4) Риск аллергических реакций персонала. Контакт с лекарственными и дезинфицирующими средствами во время профессиональной деятельности.

Обращений за медицинской помощью персонала ввиду аллергических реакций на ЛС и дезинфицирующие средства во время профессиональной деятельности не зарегистрировано. Манипуляции осуществляются в одноразовых перчатках, предотвращающих данный риск.

5) Риск травматизма.

Производственных травм на рабочих местах в 2022 году не зарегистрировано.

В 2022 году зарегистрировано 1 аварийная ситуация (в 2021 году – 4 аварийных ситуаций). Разбор проведен на внеочередном заседании комиссии инфекционного контроля (КИК).

6) Риск возникновения конфликтных ситуаций между пациентом и медицинским персоналом в результате отсутствия взаимопонимания.

В рамках данного риска проводится мониторинг и разбор коммуникативных нарушений. Учитываются данные анонимного анкетирования пациентов, а также обращения пациентов по фактам грубого отношения со стороны персонала. В 2022 году коммуникативных нарушений между пациентом и медицинским персоналом не регистрировалось. Вместе с тем в течение 2022 года в стационарные отделения произведено 3 вызова полиции для решения конфликтных ситуаций (в 2021 году – 13 вызовов полиции).

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

7.1. Управление ресурсами

1). Управление финансами: Разработаны и утверждены План развития государственного предприятия на 2020-2026 гг, план ГЗ на год, бюджетная заявка на год. Документируются все процедуры финансовой деятельности. Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов. Прибыли и расходы на услуги регулярно отслеживаются и представляются в виде ежегодных финансовых отчетов исполнению плана развития.

2). Информационное управление: Активно используются автоматизированные медицинские информационные системы БГ, ЕТД, МИС, НРБТ, ИСЛЮ и др. Компьютеризация рабочих мест составляет 100%, имеется лицензионное антивирусное обеспечение. Активно используется парольная защита, резервное копирование. Запущен личный сервер, телефония, Call- центр.

Приказом по основной деятельности закреплены ответственные лица за информационную безопасность.

Информация для населения размещена на официальном сайте <http://www.optd.sko.kz/>, в социальных сетях. Работает группа по мониторингу критических публикаций в интернет-пространстве.

3). Управление человеческими ресурсами: Осуществляется в соответствии с Программой управления человеческими ресурсами, рамках которой разработана и утверждена организационная структура предприятия, штанное расписание, разработаны должностные инструкции на каждого работника, в том числе по совмещаемым должностям.

Соблюдается процедура трудоустройства, введения в должность, верификации документов. Соблюдается процедура испытательного срока.

Разработаны и имеются в каждом личном деле листы привилегий и компетенций. Оценивается производительность работников на индикаторной основе. Оценивается потребность в обучении.

Проводится анкетирование удовлетворенности сотрудников.

7.2. Управление структурой пациентов

Одним из важных стратегических направлений Интегрированного контроля туберкулезом в Республике Казахстан является расширение амбулаторного лечения на основе пациент-ориентированного подхода с разработкой механизма финансирования и охватом амбулаторным лечением не менее 75 % пациентов, больных туберкулезом. Преимущества амбулаторного лечения позволяют полностью исключить вероятность нозокомиального инфицирования резистентными штаммами МБТ.

Амбулаторное лечение больных в городе проводится по месту жительства, в медучреждениях ПМСП г. Петропавловска (КГКП «Городская поликлиника №1», КГКП

«Городская поликлиника №2», филиал «Городская поликлиника №2», КГКП «Городская поликлиника №3», ЧНУ «Денсаулык»). С начала 2022 года получали амбулаторное лечение 176 больных.

Продолжают амбулаторное лечение 86 пациентов, из них препаратами второго ряда - 46 больных. Обслуживают мобильной бригадой на дому в ПМСП – 7 пациентов. С начала 2022 года в ПМСП города внедрено НКЛ с видеонаблюдением, взято на лечение ВНЛ 109 человек, продолжают ВНЛ -59 человек.

На принудительное лечение в условиях спец. ЛПУ с начала 2022 года представлено в суд - 10 больных, получено постановлений – 7. Госпитализировано в специализированное отделение ОЦФП – 7 больных (из них уклоняющихся от лечения с 2021 года, имеющих решение суда на принудительное лечение – 4 человек), 2 продолжает лечение амбулаторно.

В УП г. Петропавловска направлено 65 письма (21 человек) на розыск и доставку больных, уклоняющихся от обследования и лечения, возвращены на лечение 9 больных, умер -2, переведен в УИС -1, сняты с учета (отрыв от диспансеризации) -4, в розыске -5.

Проводятся консультации ВИЧ инфицированных лиц с целью исключения туберкулезного процесса и направления на химиопрофилактическое лечение. За 12 месяцев 2022 года проконсультировано 33 больных ВИЧ, направлены на химиопрофилактическое лечение туберкулеза – 0, у 25 пациентов выявлен активный туберкулез и все взяты на учет, назначены ПТП.

Снижение консультации ВИЧ инфицированных в условиях ОЦФП связано с тем, что с 2021 года в СПИД-центре работает врач-фтизиатр и занимается назначением химиопрофилактическое лечение пациентам, в случае исключения активного туберкулеза.

Фтизиатрами направляются на МСЭ пациенты с прогрессирующим течением туберкулеза, при отсутствии положительного эффекта от лечения – сохранение бактериовыделения у больных с легочным туберкулезом и при стойких нарушениях функций организма, у больных с внелегочным туберкулезом для установления инвалидности и степени утраты трудоспособности.

Всего направлено на МСЭ – 187 человек, из них первично - 32.

Установлена инвалидность по туберкулезу 62 пациентам, из них 1 группа инвалидности -0, 2 группа – 43 и 3 группа- 17, ребенок-инвалид - 1. Снята группа инвалидности у 122 человек.

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями

В рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи Формулярной комиссией ежегодно разрабатывается и актуализируется Лекарственный формуляр организации здравоохранения. Лекарственный формуляр разрабатывается комиссией, оказывающей оценочную, образовательную, совещательную поддержку по всем вопросам, связанным с использованием лекарственных препаратов. Выбор лекарственных препаратов базируется на объективной оценке их терапевтических достоинств и безопасности, а также наличие в перечне КНФ.

За 2022 год Формулярной комиссией проведено 8 заседаний по вопросам: актуализации формулярного перечня; рассмотрения предложений по включению лекарственных средств в формулярный перечень; анализа всех случаев побочных эффектов от применения лекарственных средств; рассмотрения предварительной заявки на следующий финансовый год.

Проведены работы по подготовке, согласованию и пересмотру годовой потребности в ПТП, закупаемых для лечения больных ТБ и ЛУТБ.

Осуществлен мониторинг и оценка лечебно-терапевтических отделений (один раз в квартал) Областного центра фтизиопульмонологии, а также организаций, оказывающих противотуберкулезную помощь населению на соблюдение условий хранения ЛС. Согласно осмотру помещений хранения – организация и условия хранения соответствуют утвержденной нормативной документации (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 16 февраля 2021 года № 19 «Об утверждении правил хранения и транспортировки лекарственных средств и медицинских изделий»).

Осуществляется контроль за соблюдением порядка распределения ЛС в клинические отделения ОЦФП и медицинские организации Северо-Казахстанской области.

На индикаторной основе ведется внутренний контроль рационального использования лекарственных средств (далее РИЛС), коэффициент экспертных замечаний по лечению составил 1,87%.

На ежеквартальной основе оценивается ведение учетно-отчетной документации по учету и использованию ПТП. Согласно проведенной оценке не выявлены факты отклонения в ведении учетно-отчетной документации, утвержденной Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения». Ответственными за ведение учетной документации являются химизаторы. В журналах в ежедневном режиме производится учет прихода и расхода используемых ПТП.

Осуществляется ежемесячный мониторинг карт-сообщений на побочное действие с внесением данных на портал ndda.kz для дальнейшего мониторинга «Национальным центром экспертизы лекарственных средств и изделий медицинского назначения». Ежеквартальный мониторинг карт-сообщений на побочное действие на заседаниях формулярной комиссии. За 2022 год было зарегистрировано 168 карт-сообщений на побочное действие лекарственных средств, что по сравнению с 2021 годом (63 карты-сообщения) составило 267%.

Ведется работа по совершенствованию Информационной системы лекарственного обеспечения (ИСЛО).

В 2022 году возникли систематические задержки поставок от единого дистрибьютора СК-Фармация:

- 1). Обеспеченность препаратами первого ряда составила 100%;
 - 2). Обеспеченность препаратами второго ряда составила 100%;
- Обеспеченность новыми и перепрофилированными препаратами 100%.

С целью бесперебойного обеспечения больных туберкулезом формируется резервный запас, то есть постоянный запас препаратов, составляющий не менее 25% от основной потребности ПТП, который формируется на всех уровнях хранения и использования ПТП, для предотвращения проблем, связанных с задержкой поставки ПТП или на случай увеличения спроса на ПТП.

7.4. Новые технологии, патенты, научные разработки

Внедрение новых исследований в 2022 году

№	Наименование новых методов диагностики и лечения	Краткая сущность новизны	Эффективность внедрения
1	Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО)	<p>Инвазивный экстракорпоральный метод насыщения крови кислородом (оксигенации) при развитии тяжёлой острой дыхательной недостаточности у пациентов с COVID-19.</p> <p>Показания: острая тяжёлая дыхательная недостаточность при неэффективности традиционной терапии с искусственной вентиляцией лёгких до развития необратимых изменений в органах и тканях.</p> <p>Номинальным показателем необходимости ЭКМО является напряжение кислорода в артериальной крови ниже 50 мм рт. ст. при содержании кислорода во вдыхаемой смеси более 50 %.</p> <p>Относительные противопоказания: проведение ИВЛ более 7-10 дней, миокардиальная дисфункция при</p>	<p>Лечение пациентов с тяжёлой острой дыхательной недостаточностью на фоне коронавирусной инфекции с высоким риском летального исхода.</p> <p>У критически тяжелых пациентов с COVID-19 в случае рефрактерного коллапса кровообращения или остановки сердца можно рассмотреть применение ЭКМО в сочетании с хирургической эмболэктомией или применение катетер-направленного лечения.</p>

	<p>инотропной поддержке, тяжёлая лёгочная гипертензия, остановка сердца и возраст старше 65 лет.</p> <p>Абсолютные противопоказания: непереносимость (аллергическая и вследствие болезней крови) антикоагулянтов, терминальное состояние, полиорганная недостаточность, неконтролируемый метаболический ацидоз, иммуносупрессия, повреждения ЦНС.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--