

АҚМОЛА ОБЛЫСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ

АҚМОЛА ОБЛЫСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ
ЖАНЫНДАҒЫ «СТЕПНОГОРСК ОРТАЛЫҚ
ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫ»
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫНДАҒЫ
МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ
КӘСІПОРНЫ

Қазақстан Республикасы, Ақмола обл., Степногорск қаласы, а/я 15
код (716-45) тел. факс: 6-23-73

E-mail: Stepnogorsk-cgb@mail.kz



07225
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
«СТЕПНОГОРСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»
ПРИ УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Республика Казахстан, Акмолинская обл., г. Степногорск, а/я 15
код (716-45) тел. факс: 6-23-73

E-mail: Stepnogorsk-cgb@mail.kz

2019 ж. 05.02 № 12-18-248
Степногорск қаласы

город Степногорск

Об итогах деятельности ГКП на ПХВ
«Степногорская центральная городская
больница» за 2018 год

СЦГБ - многопрофильная больничная организация, оказывающая квалифицированную и специализированную стационарную и стационарозамещающую помощь населению Степногорского региона численностью 64624 человек, а так же близлежащих районов, в том числе по регионализации перинатальной и консультной помощи. Кроме того оказываются некоторые виды амбулаторно-поликлинических услуг, а так же платные услуги.

Общая коечная мощность – 270 коек круглосуточного и 37 коек дневного пребывания.

Всего развернуто 11 клинических и 11 вспомогательных лечебно-диагностических отделений и кабинетов.

Бюджет 2018 года составил в общей сумме 1 054 432 т.т.,

В том числе на оказание стационарной помощи - 936 398 т.т.

Амбулаторная диагностическая помощь (КТ и травмпункт) – 21 007 т.т.

Патологоанатомическое отделение – 5 145,0 т.т.

Материально-техническое оснащение – 50 343,4 т.т.

В первую очередь деятельность предприятия была направлена на реализацию государственной программы «Денсаулық», достижение показателей меморандума между управлением здравоохранения Акмолинской области и дорожных карт по приоритетным направлениям.

В отчетном году проведена большая работа по улучшению материально-технической базы:

- приобретено медицинское оборудование за счет бюджетных средств на общую сумму 59 248,0 тыс. тенге (физиотерапевтическое оборудование, анестезиологическая система, гематологический и биохимический анализаторы, ларингоскопы, фототерапевтические лампы и др.);
- за счет внебюджетных средств - медицинское и технологическое оборудование, мебель, телевизоры на сумму 3 123,5 тыс. тенге,

- за счет спонсорской помощи и на безвозмездной основе – мебель и оборудование на сумму 6 669,9 тыс. тенге.

Итого – 69 041,5 тыс. тенге.

Проведены текущие ремонты во многих подразделениях больницы, затрачено 5 474,2 тыс. тенге, осуществлен ремонт семи квартир, переданных акиматом на баланс СЦГБ – на сумму 2 461,6 тыс. тенге.

Оснащенность медицинским оборудованием на начало 2018 года составляла 58%, на конец отчетного периода – 72,5% (по данным СУМТ).

Кредиторской и дебиторской задолженности не допущено.

Исполнение плана развития в течение последних лет остается на прежнем уровне, в пределах 98-99%.

Штатная численность всего 618,5, в том числе врачебного персонала 114,5, среднего медицинского персонала – 216,75. Укомплектованность штатных должностей 100,0%.

Всего врачей 62, из них профессионально активных – 55, коэффициент совмещения 2,1. Высокий коэффициент частично связан с тем, что помощь оказывается в круглосуточном режиме и дежурства обеспечиваются за счет внутреннего совмещения, смежных специальностей.

Частично совмещение – за счет внешних совместителей (6,25 ставок, в том числе 2,0 Бестобинское отделение; врачи-консультанты по узким профилям – 3,25; врач трансфузиолог 0,75; врач по медицине ЧС 0,25), остальное – за счет внутреннего совмещения (из них для оказания помощи в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни – 25,5; травматологический пункт 4,0). Наибольший коэффициент совмещения по специальностям:

педиатрия (6,25),

неонатология (4,5),

хирургия взрослая (3,0),

анестезиология-реаниматология (2,4),

терапия (2,3), травматология (2,3).

Потребность во врачебных кадрах – 12 специалистов (4 терапевта, 2 педиатра, 2 неонатолога, 2 анестезиолога-реаниматолога, хирург, акушер-гинеколог).

Средних медицинских работников 181, профессионально активных – 155. Коэффициент совмещения 1,4, потребность – 12 человек.

В 2018 году приняты молодые специалисты: 5 врачей и 8 средних медицинских работников. Молодые врачи обеспечены жильем (аренда за счет предприятия и жилье из квартирного фонда СЦГБ).

Проведено обучение медицинского персонала: 44,3% врачей и 22,1% СМР, семь врачей прошли переподготовку.

Выросла категорийность врачебного персонала: 56,5% (2017 г. – 53,3%, 2016 г. – 54,7%). При этом категорийность из числа работающих со стажем более трех лет – 61,4%.

Выросла категорийность средних медицинских работников: 46,4% (2017 г. – 43,2 %, 2016 г. - 48,1%).

Проведена реорганизация отдела кадров в Службу управления человеческими ресурсами, принят в штат психолог по работе с персоналом. Проводилась работа по психологическому представлению вновь принятых сотрудников; психопрофилактическая работа с персоналом по профилактике профессионального выгорания, межличностных (профессиональных) конфликтов; аутодеструктивного

риска, профилактика конфликтов, работа по развитию коммуникативных навыков с пациентами и их родственниками; индивидуальные консультации.

Применялись методы материальной мотивации – премирование персонала.

Имеет место рост средней заработной платы по всем категориям работников.

Использование коечного фонда.

Коечный фонд в целом использовался эффективно: работа коек круглосуточного пребывания составила 319,3 (2017 г. – 348,1, 2016 г. – 334,0); средняя длительность пребывания на койке 7,9 (2017 г. – 8,2; 2016 г. – 8,3); оборот коек 40,2 (2017 г. – 42,7; 2016 г. 40,2). В течение года дважды проводилось перепрофилирование коечного фонда.

Эффективнее использовались койки дневного пребывания: работа коек составила 332,3 (2017 г. – 322,3, 2016 г. -338,5), внедрены услуги оториноларингологии.

Исполнение целевых показателей.

По Меморандуму всего 24 показателя, из которых достигнуты целевые значения по 11 / 45,8%, не достигнуто 13 / 54,2% показателей.

По Дорожной карте по инсульту мониторируется три показателя, достигнуты все 100,0%.

По острому инфаркту миокарда мониторируется один показатель (летальность от ОИМ) – не достигнут.

По управлению травмами один показатель – не достигнут,

По материнству и детству 4 показателя, из которых достигнуто два / 50%.

Информация по недостигнутым показателям и мероприятиях по их достижению в 2019 году.

1. Уровень потребления стационарной помощи, при целевом показателе 1124,0 койко-дней на 1000 населения, фактический показатель составил – 1334,1 (2017 г. – 1450,0), целевой на 2019 год – 1140,0.

Следует отметить, что в динамике с прошлым годом отмечается снижение уровня потребления стационарной помощи на 8 %, снижение уровня госпитализации - на 5,8%, средней длительности пребывания на койке с 8,2 до 7,9. При этом плановый темп снижения показателя по ГПРЗ – 1,7%, а плановый темп снижения по Акмолинской области – 0,07%.

При анализе уровня потребления стационарной помощи также следует отметить, что в соответствии с уровнем регионализации акушерско-гинекологического, инсультного отделений, а также многопрофильностью оказания стационарной помощи, 8,4 % койко-дней приходится на неприкрепленное население.

На данный показатель также оказывают влияние такие факторы, как численность обслуживаемого населения, возрастная структура населения (имеет место регрессивный тип населения, высокий уровень демографического старения), а также структура заболеваемости.

Для достижения целевого значения данного показателя необходимо отработать вопрос с РЦЭЗ о возможности расчета показателя на большее количество населения с учетом зоны обслуживания, а также вопрос исключения из данного показателя работы коек сестринского ухода, инфекционного отделения, реабилитационных коек (как заведомо длительной госпитализации и коек социальной направленности).

Кроме того, на уровне организации необходимо принять меры по недопущению необоснованной госпитализации, а также по недопущению необоснованного завышения длительности пребывания пациентов на койке, и один из путей – перевод пациентов на долечивание на койки дневного пребывания.

2. Увеличение процента плановой госпитализации. При целевом показателе 32% уровень плановой госпитализации составил 14,9% (2017 г. – 13,8 %, 2016 г. – 16,3%).

На данный показатель влияет структура коечного фонда. Количество пролеченных больных в отделениях с обоснованной экстренностью (по КПДЛ только экстренная госпитализация), без существенного резерва повышения удельного веса плановой госпитализации (инсультный центр, инфекционное отделение, акушерско-гинекологическое, хирургическое и травматологическое отделения) составляет в общей структуре пролеченных 63,2 %.

Также оказывает влияние структура обращаемости пациентов в стационар. В целом количество госпитализированных по направлению специалистов городской поликлиники составило 35,5 %, госпитализировано по скорой помощи 37,9 %, по самообращению 15,8 % и направлено другими организациями, в том числе частными 10,8% пациентов.

Также негативно сказывается и структура обращаемости пациентов по времени в течение суток. Так, из общего числа пролеченных в педиатрическом отделении, 48,7 % пациентов были госпитализированы в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни. По кардиологическому отделению – 47,5 % пациентов. То есть практически половина больных госпитализируется в часы работы дежурных врачей, что при большом дефиците терапевтов и педиатров сказывается на работоспособности врачей, качестве и своевременности оказания медицинской помощи.

По критериям госпитализации по показаниям и по типу госпитализации в соответствии с КПДЛ имеется резерв повышения плановой госпитализации в педиатрическом, неврологическом, кардиологическом, терапевтическом отделениях, отделении сестринского ухода, а также на хирургических и гинекологических койках за счет повышения госпитализации на плановое оперативное лечение.

Достижение целевого значения уровня плановой госпитализации возможно только при тесном сотрудничестве с организациями ПМСП, должном динамическом наблюдении пациентов на амбулаторном этапе, своевременном и качественном отборе, подготовке и направлении пациентов на плановую госпитализацию.

Необходимо проводить информационно-разъяснительную работу среди населения о порядке обращения за медицинской помощью.

Также хочется отметить, что нужно стремиться не чисто к достижению показателя в цифровом значении, а к достижению истинных целей плановой госпитализации: снижение затрат на стационарном уровне, сокращение длительности пребывания пациентов в стационаре и снижение потребления стационарной помощи.

3. Хирургическая активность. При целевом показателе 55,0% фактический составил 42,8% (2017 г. – 41,0%). Изначально данный целевой показатель был определен для хирургического отделения, как отделения, в котором можно управлять хирургической активностью, в отличие от акушерских коек,

гинекологических и травматологических, на которых в основном экстренная хирургическая активность. Но в связи с тем, что РЦЭЗ были предоставлены в управление здравоохранение данные по хирургической активности по всему стационару, данный показатель изменен и целевой на 2019 год установлен уже по всему стационару – 45%.

В хирургическом отделении хирургическая активность за отчетный год составил 52,2 %.

Проведена большая работа по расширению объемов и видов малоинвазивной хирургии – в хирургии, гинекологии и травматологии (лапароскопическое операции, операции блокирующего остеосинтеза трубчатых костей).

Повышение уровня хирургической активности возможно за счет:

- повышения плановой госпитализации на оперативное лечение;
- за счет снижения уровня госпитализации на хирургические койки пациентов с заболеваниями, при которых не проводятся оперативные вмешательства,
- перенаправления пациентов на койки дневного пребывания, а также наблюдения на диагностической койке до уточнения клинического диагноза.

4. Больничная летальность. Целевой показатель 1,4%, фактический – 1,8%. При этом имеет место рост в динамике с прошлым годом.

Один из факторов, влияющих на рост летальности – возрастная структура пациентов. В 2018 году в возрастной структуре летальности на 11,9 % вырос удельный вес лиц старше 70 лет и составил 51,3% (2017 г. –39,4%), в том числе в структуре летальности лица старше 80 лет составили 22,9%, а старше 90 лет – 3,8%.

В разрезе профилей коек наибольший показатель больничной летальности – на койках сестринского ухода – 15,2% (пациенты с хроническими декомпенсированными заболеваниями), на втором месте – консультный центр –8,3%, на третьем месте – кардиология – 3,1 %.

В целях снижения больничной летальности утвержден план мероприятий, направленный на повышение уровня квалификации медицинского персонала, повышение качества диагностических и лечебных мероприятий, качества динамического наблюдения за тяжелыми пациентами.

Также считаем необходимым рассмотреть вопрос на вышестоящем уровне об исключении из показателя больничной летальности случаев смерти пациентов в отделении сестринского ухода, так как пациенты, имеющие хронические декомпенсированные заболевания, онкологические заболевания, не подлежащие специальным методам лечения, должны умирать не на дому, а в условиях медицинского ухода, адекватного обезболивания и облегчения страданий. Тем более, оказание медицинской помощи в форме сестринского ухода не относятся к специализированной медицинской помощи.

5. Летальность от острого инфаркта миокарда. При целевом показателе 12% фактический показатель составил 11 / 14,5%. При анализе данного показателя можно отметить рост количества пролеченных с острым инфарктом миокарда в целом, в основном за счет лиц нетрудоспособного возраста,

В возрастной структуре умерших 54,5% составили лица старше 70 лет, в том числе старше 80 лет – 27,3% от общего количества умерших. Лиц трудоспособного возраста – 2 / 18,2%, в обоих случаях имела место досрочная летальность, в одном из них – повторный инфаркт миокарда.

Также следует отметить, что из числа умерших с ОИМ только 18,6% состояли на диспансерном учете по БСК.

Вместе с тем по оказанию помощи при остром инфаркте миокарда следует отметить рост числа пациентов, переведенных в центры ЧКВ и охваченных тромболитической терапией.

Для повышения качества оказания помощи при острых инфарктах миокарда необходимо дооснащение кардиологического и приемного отделений (электрокардиографы, мониторы, дефибрилляторы и др.), организация ПИТ в кардиологическом отделении.

6. Летальность от острого нарушения мозгового кровообращения.

При целевом показателе 12,0% фактический показатель – 39 / 13,0% (2017 г. – 686 / 20,3%). По Дорожной карте целевой показатель 13,1%, к данному целевому значению – достижение.

Для повышения качества оказания помощи при инсультах проведено обучение нейрохирурга, первичную подготовку по специальности неврология прошел один врач, обучен и приступил к работе реабилитолог, проведено обучение среднего медперсонала по уходу за пациентами.

Проблемы: необходимо оснащение инсультного центра, отделения реанимации оборудованием, организация нейроПИТ (на сегодняшний день недостаточно оборудования для мониторингования пациентов, обеспечения при необходимости ИВЛ, электроотсосов), необходимо оснащение реабилитационным оборудованием, также необходима организация неврологической помощи в круглосуточном режиме (на данный момент нет такой возможности в связи с кадровым дефицитом).

7. Послеоперационная летальность. Данный показатель можно считать условно достигнутым. При целевом показателе 1,2% фактический показатель по данным РЦЭЗ - 1,8% (данные взяты с оперативной выходной формы ЕТД ЭРСБ «хирургическая работа», в которой включены все летальные случаи после всех операций, включая трахеостомию и др. неосновные операции). По данным же выходной ф.14 «Отчет о контингентах больных, выбывших из стационара», утвержденной МЗ РК, по которой и принимается в конечном итоге годовой отчет, показатель составил 1,2% - достижение целевого значения.

Вопрос по предоставлению данных необходимо отработать с РЦЭЗ.

Основными причинами послеоперационной летальности были:

- тяжесть состояния пациентов, тяжелые политравмы, развитие полиорганной недостаточности;
- наличие тяжелой сопутствующей патологии (БСК, СД и др.);
- а также в отдельных случаях недостаточно активная тактика.

8. Госпитальная летальность при травмах. Целевой показатель 0,74%, фактически – 10 / 1,0%. В течение года имели место 2 случая расхождения клинического диагноза и судебно-медицинского заключения (острое отравление суррогатами алкоголя). Необходимо более обоснованно подходить к подобным диагнозам, контролировать правильность кодирования заболеваний, причин смерти.

В четырех случаях летального исхода имели место тяжелые политравмы, несовместимые с жизнью, два случая тяжелые черепно-мозговые травмы, по одному случаю: колото-резаное ранение грудной клетки с повреждением миокарда, термический ожог (суицид), отравление уксусной кислотой (суицид) и наркотическими средствами.

Из всех умерших от травм - двое пострадавших в ДТП, два суицида. Во всех случаях проведено судебно-медицинское вскрытие, случаев предотвратимой летальности не зарегистрировано.

9. Досуточная летальность детей от 0 до 5 лет. При целевом показателе 0 фактический показатель – 1 / 0,1%. Летальность ребенка трех лет с тяжелой автотравмой, несовместимой с жизнью, досуточная летальность.

10. Снижение коэффициента совмещения врачебного персонала. При целевом показателе 1,75 фактический составил 2,1. – По достижению данного показателя предстоит большая работа по укомплектованию кадрами, а также внедрению дифференцированной оплаты труда.

11. Доля финансовых средств, снятых за некачественное оказание медицинской помощи. При целевом показателе 2,2%, фактический – 2,3 %. Наряду с объективными причинами (недоступность или ограниченные возможности по тем или иным обследованиям) имеют место и субъективные факторы, на которые необходимо обратить внимание и принять меры к недопущению.

12. Уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. При целевом показателе 98% фактический - 96,2%. Основная причина по данным анкетирования – неудовлетворенность материально-технической базой (условиями пребывания). В данном направлении проводится системная работа. По целевому значению ГПРЗ (44,%) – показатель достигнут.

13. Оснащенность травматологического отделения – 65 %. Показатель рассчитан на основе данных АИС «ТЭП» в соответствии с приказом МЗ РК № 850. Необходимо отработать вопрос корректности ввода данных по имеющемуся оснащению. Также в соответствии с приказом МЗ РК № 352 от 06.06.2011 г. «Об утверждении Положения о деятельности медицинских организаций, оказывающих травматологическую и ортопедическую помощь» необходимо дополнительное оснащение травматологического отделения следующим оборудованием: ортопедический операционный стол, артроскопическая стойка, наборы инструментов и др.

Достигнуты целевые значения по следующим показателям:

- 1. Материнской смертности не зарегистрировано.**
- 2. Снижение средней длительности пребывания на койке, при целевом показателе 8,2 фактический показатель – 7,9.**
- 3. Тромболизис у пациентов с ишемическим инсультом.** При целевом показателе 2,8%, фактический показатель – 23/ 9%. Также имеет место рост в динамике указанного показателя (2017 г. – 7/2,5%).
- 4. Нейрохирургическая активность при остром геморрагическом инсульте.** При целевом показателе 5,5% фактический – 7/15,9%. Рост в динамике с прошлым годом (2/3,7%).
- 5. Наличие обоснованных жалоб за пределы медицинской организации - не зарегистрировано.**
- 6. Обеспечение врачами травматологами, хирургами и нейрохирургами.** При целевом показателе 100 % фактический – 100 %.
- 7. Внедрение локальных информационных систем – 100%.**
- 8. Обеспеченность медицинских работников персональными компьютерами - 100%.**
- 9. Обеспечение введения наблюдательного совета.**

Создан наблюдательный совет (приказ управления здравоохранения Акмолинской области № 138 от 15.03.2018 г. «Об утверждении состава членов наблюдательного совета ГКП на ПХВ «Степногорская центральная городская больница»). Проведено два совещания.

10. Обеспечение ведения типовых корпоративных документов. Имеется Положение о Наблюдательном совете, утвержден классификатор внутренних нормативных документов, план работы Наблюдательного совета. **11. Обеспечение размещения на сайте МО информации по корпоративному управлению.** На сайте организации создана страница «Корпоративное управление», проводится работа по ее наполнению в соответствии с требованиями Правил типового информационного наполнения интернет-ресурсов государственных организаций здравоохранения.

Задачи, на 2019 год:

1. Укрепление материально-технической базы.
2. Работа по привлечению медицинских кадров, внедрению и совершенствованию современных методов корпоративного управления, мотивации персонала; внедрение дифференцированной оплаты труда.
3. Достижение целевых индикаторов (Меморандума, Дорожных карт).
4. Повышение качества медицинской помощи путем повышения квалификации персонала, стандартизации внутренних процессов.
5. Совершенствование работы по внутреннему аудиту, управлению качеством медицинских услуг, управлению рисками, обеспечению безопасности пациентов.
6. Повышение экономической эффективности деятельности предприятия. Развития платных медицинских услуг.
7. Усиление и совершенствование вопросов преемственности с организациями ПМСП.
8. Совершенствование безбумажного документооборота.

И.о.главного врача



Кошелева Л.А.