|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АҚМОЛА ОБЛЫСЫ  ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ  **АҚМОЛА ОБЛЫСЫ**  **ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ ЖАНЫНДАҒЫ «СТЕПНОГОРСК ОРТАЛЫҚ**  **ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫНДАҒЫ**  **МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ**  **КӘСІПОРНЫ** | http://www.kff.kz/img/gerb.jpgгерб | УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ  **ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ «СТЕПНОГОРСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»**  **ПРИ УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  **АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ** |

Қазақстан Республикасы, Акмола обл., Степногорск қаласы, а/я 15 Республика Казахстан, Акмолинская обл., г. Степногорск, а/я 15

код (716-45) тел. факс: 6-23-73 код (716-45) тел. факс: 6-23-73

E-mail: [Stepnogorsk-cgb@mail.kz](mailto:Stepnogorsk-cgb@mail.ru) E-mail: [Stepnogorsk-cgb@mail.kz](mailto:Stepnogorsk-cgb@mail.kz)

**2019 ж.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Степногорск қаласы город Степногорск

|  |  |
| --- | --- |
| Об итогах деятельности ГКП на ПХВ  «Степногорская многопрофильная городская больница» за 2019 г. |  |

СМГБ - многопрофильная больничная организация, оказывающая квалифицированную и специализированную стационарную и стационарозамещающую помощь населению Степногорского региона численностью 64337 человек, а так же близлежащих районов, в том числе по регионализации перинатальной и инсультной помощи. Кроме того, оказываются некоторые виды амбулаторно-поликлинических услуг (помощь при травмах в травматологическом пункте, компьютерная томография социально-уязвимой категории населения), а так же платные услуги.

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

Всего развернуто 11 клинических и 10 вспомогательных лечебно-диагностических отделений и кабинетов.

План государственного заказа на 2019 год (с корректировкой) составил в общей сумме 1 140 848,5 т.т. (2018 г. – 998 232,9т.т.).

В том числе на оказание стационарной и стационарозамещающей помощи - 1 113 737 ,5 т.т. (2018 г. – 968 550,0 т.т.).

Услуги в травматологическом пункте – 19666,8 т.т. (2018 г. – 19 589,3т.т.)

Дорогостоящие КДУ (КТ) – 1984,1 т.т. (2018 г. – 1 916,6 т.т.)

Патологоанатомическое отделение – 1 140 848,5 т.т. (998 232,9т.т.)

**Оснащенность медицинским оборудованием** – 65,53% (2018 – 72,5%) (по данным СУМТ). Снижение показателя оснащенности медицинским оборудованием обусловлено проведением актуализации структуры организации, актуализации оснащения функциональных подразделений, а также списанием оборудования.

Наиболее низкий уровень оснащенности по клинической лаборатории (38,24%), оперблоку (33,66%), реанимации (49,06%)., не оснащены в соответствии с нормативами индивидуальные родильные палаты, палаты совместного пребывания матери и ребенка, палата интенсивной терапии для особо опасных больных.

За отчетный период приобретен медицинское оборудование:

1. За счет республиканского бюджета приобретено оборудование на сумму 23 081 756 тенге: видеоэндоскопическая система, фетальный монитор, кардиотокограф, дефибриллятор, стол операционный с электроприводом, кровати для инсультного центра (21 шт.), холодильник, стиральная машина, корпус системного блока.
2. За счет средств от оказания платных услуг: три электрокардиографа трех-канальных; аппарат для быстрого размораживания, подогрева, и хранения в теплом виде плазмы, препаратов крови; тренировочный манекен; кассовый аппарат; телевизор; мебель на общую сумму 1 788 140 тенге.
3. Оказана спонсорская помощь на сумму 2 957 400 тенге (бинокулярный микроскоп, счетчик лейкоцитарный, автоматический гематологический анализатор).
4. На безвозмездной основе передана одна единица автотранспорта (525 400 тегне).

Кроме того, затрачено 4676,0 тыс. тенге на ремонт компьютерного томографа (два раза осуществлялся ремонт); Произведен закуп и установка системы SOS в акушерско-гинекологическом отделении стоимостью 1393,9 т.т.

На системной основе своими силами проводятся текущие ремонты в подразделениях больницы.

**Штаты и кадры.**

На конец отчетного периода штатная численность всего 656,75, в т.ч. врачи 120,75, СМР 237,75, ММП 173,5.

**Всего врачей** 61, из них профессионально активных – 53, коэффициент совмещения 1,68 – снизился в динамике с начала года (2018 г. - 2,1). Проводится работа по внедрению дифференцированной оплаты труда.

Частично совмещение – за счет внешних совместителей (5,5 ставок, в том числе 2,0 Бестобинское отделение), 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 - 3,75 (2018 г. – 6,25)

терапия – 2,05 (2018 г. -2,4)

акушеры-гинекологи – 1,8 (2018 г. -1,7)

анестезиологи-реаниматологи – 1,75 (2018 г. – 2,4).

Потребность во врачебных кадрах – 13 специалистов (2 терапевта, 2 педиатра, 2 неонатолога, 2 анестезиолога-реаниматолога, детский хирург, 2 акушер-гинеколога, невропатолог, клинический фармаколог).

**Средних медицинских работников** 182, профессионально активных – 154. Коэффициент совмещения 1,39, потребность – 9 человек. Прибыло 5 молодых специалистов. Потребность СМР – 14 (2 фельдшера, 12 медицинских сестер).

Проведено обучение медицинского персонала: 61 врачей и 54 СМР. Аттестовано 4 врача и 10 СМР. Кроме того, на уровне организации обучено сертифицированным тренером 377 медиицинских работников и 103 немедицинских работников по BLS; 55 - по АSLS и РАLS. Проведено обучение персонала (100 %) по триаж – системе и по оказанию неотложной помощи при травмах. Обучены водители по безопасному вождению. Проводилось обучение специалистов по организации отдела госпитальной фармации.

Категорийность врачебного персонала: 39/63,9% (2018 г.– 56,5%, 2017 г. – 53,3%). При этом категорийность из числа работающих со стажем более трех лет – 66,1%.

Категорийность средних медицинских работников: 82/45,1% (2018 г. – 46,4 %, 2017 г. – 43,2%). Категорийность средних медицинских работников со стажем более трех лет 49,1 %.

Проводилась работа по привлечению молодых специалистов: участие в ярмарках вакансий в медакадемии и медколледже, согласование с акиматом вопроса социальных гарантий молодым специалистам, размещение объявлений на сайте enbek.kz, социальных сетях. С акиматом согласован социальный пакет: предоставление арендного жилья, мест в общежитии, подъемные в размере 250 000 тенге.

Проведена работа по повышению заработной платы низкооплачиваемой категории работников.

Средняя заработная плата в целом по организации выросла с 99 474 тенге до 127 723 тенге, в том числе врачей с 185 840 до 240 397 тенге, СМР с 106 538 до 138 067 тенге, ММП 59 185 до 85 783 тенге.

**Использование коечного фонда**.

Коечный фонд СЦГБ составляет 270 коек. Обеспеченность населения койками круглосуточного стационара на 10 000 населения составила 41,9.

За отчетный период работа коек круглосуточного пребывания составила 317,6 (2018 г. – 319,3; 2017 г. – 348,1); простой койки составил 1,1. Значительно снизилась средняя длительность пребывания на койке - 7,6 (2018 г. – 7,9; 2017 г. – 8,2); вырос оборот коек – 41,7 (2018 г. – 40,2; 2017 г. – 42,7). Пропускная способность стационара составляет – 93,4% (2018 г. – 93,9; 2017 г. – 102,4%), что свидетельствует о недостаточно эффективной нагрузке стационара. Необходимо рассмотреть вопрос о сокращении 10 коек круглосуточного пребывания.

В разрезе профилей коек с наибольшей нагрузкой сработали терапевтические, гинекологические, неонатальные койки, койки для медицинской реабилитации и восстановительного лечения неврологические; койки Бестобинского отделения.

Низкий показатель нагрузки коек сестринского ухода, патологии беременных, восстановительного лечения кардиологического и травматологического профилей.

Всего пролечено больных в круглосуточном стационаре в рамках государственного заказа 11 268 человек (2018 г. – 10852; 2017 г. - 11549). Уровень госпитализации на 1000 населения составил 174,4 (2018 г. – 167,5; 2017 г. – 177,3). Рост уровня госпитализации в целом на 6,9 %, – за счет: Бестобинского отделения (на 22,7%), отделения сестринского ухода (на 105,9%), терапевтического отделения (на 22,6%), травматологического отделения (на 12,7%), инфекционного отделения (на 12,5%), неврологического отделения (на 12,2%).

В общей структуре пролеченных в круглосуточном стационаре наибольший удельный вес составляют пациенты акушерско-гинекологического отделения (20,7%), на втором месте – хиругическое отделение (14,7%), на третьем месте – инфекционное отделение (13,0%).

Ухудшилась **работа коек дневного пребывания** - 296,7 (2018 г. – 332,2; 2017 г. – 322,3). Всего пролечено больных – 1660 (2018 г. – 1673; 2017 г. - 1656). Снижение работы коек связано с недостаточным плановым объемом (по договору с ФСМС), а также сокращением средней длительности пребывания больного на койке с 7,4 до 6,5. В динамике отмечается рост количества пролеченных пациентов на хирургических, травматологических, кардиологических койках.

На койках дневного пребывания проведено 287 (2018 г. – 282; 2017 г. - 228) оперативных вмешательств.

**Акушерско-гинекологическая и неонатальная служба.**

Акушерско-гинекологическое отделение оказывает помощь в соответствии с приказом ОУЗ по второму уровню регионализации перинатальной помощи.

Общее количество родов в динамике снижается - 967 (2018г – 1004, 2017г. – 1074).

Материнской смертности не зарегистрировано.

Показатель перинатальной смертности увеличился и составил 16 случаев / 16,5 ‰ (2018 г. – 8 /7,9 ‰; 2017 г. – 9 / 8,3%) , за счет увеличения и мертворождаемости – 12 / 12,4% (2018 г. - 7/ 7‰; 2017 г. - 8 /7,4 ‰) и ранней неонатальной смертности – 4 /4,1‰ (2018 г. – 1/1,0‰ ; 2017 г. – 1 / 0,9%). Поздняя неонатальная смертность составила 1 случай / 1,0‰ (2018 г. – 0).

В структуре мертворождаемости – все случаи антенатальной гибели плода, преждевременные роды – 8 / 66,7%. В том числе до 34 недель – 6 / 50%.

В структуре ранней неонатальной смертности – преждевременные роды (24 и 31 нед) – 3/ 75%, 1 / 25% - доноенная беременность. По нозологической структуре: 1 / 25 %ВПС и 2 / 50%СДР, 1 / 25 % геморрагическая болезнь новорожденного.

Поздняя неонатальная смертность – преждевременные роды, СДР.

**Исполнение целевых показателей Меморандума и Дорожных карт**.

По Меморандуму всего 30 показателей, из которых достигнуты целевые значения по 9 / 30,0%, не достигнуты 21 / 70,0% показателей.

По Дорожной карте по инсульту мониторируется три показателя, достигнуты 2/ 66,7%.

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

По Дорожной карте по управлению травмами - три показателя –достигнуто 2 / 66,7%.

По Дорожной карте по материнству и детству - 5 показателя, из которых достигнуто 2/ 40%.

**Информация по недостигнутым показателям и мероприятия по их достижению в 2020 году.**

1. **Уровень потребления стационарной помощи**. Целевой на 2019 год составляет 1140,0 к-дней на 1000 населения.

Фактический показатель составил – 1224,8 (2018 г. – 1266,7; 2017 г. – 1392,8). Отклонение от целевого значения 84,8 / 7,4 %. В динамике с прошлым годом отмечается снижение уровня потребления стационарной помощи на 3,3 %.

Значительно вырос в динамике с прошлым годом уровень потребления стационарной помощи на терапевтических, инфекционных, неврологических койках, койках Бестобинского отделения.

На данный показатель также влияет госпитализация иногородних пациентов в соответствии с уровнем регионализации перинатальной помощи и инсультного центра. Около 8 % койко-дней приходится на неприкрепленное население, хотя расчет показателя ведется на население г.Степногорска.

По возрастному составу пролеченных больных отмечается рост числа госпитализации по всем возрастным группам, при этом удельный вес лиц старше 65 лет составил 21,2% (2018 г. – 19,3%), детей первого года жизни 5,3 %.

В целях повышения эффективности использования коечного фонда, расширения реабилитационной помощи, в течение отчетного периода дважды проводилось перепрофилирование коек, расширены койки для восстановительного лечения и медицинской реабилитации, койки сестринского ухода.

Для достижения целевого значения данного показателя необходимо:

* совершенствование преемственности с городской поликлиникой и скорой помощью по вопросам плановой госпитализации, обоснованности доставки и направления на госпитализацию, проведение совместных совещаний по данным вопросам;
* провести сокращение 5 коек круглосуточного пребывания (Бестобинского отделения учитывая структуру пролеченных больных и изменение правил оказания стационарной помощи);
* снизить уровень госпитализации в круглосуточный стационар на койки неврологического и терапевтического профиля, перенаправляя пациентов на койки дневного стационара, амбулаторное лечение;
* повысить эффективность работы реабилитационных коек, как за счет более раннего перевода, так и повышения количества пациентов на реабилитацию;
* недопущение необоснованной госпитализации;
* недопущение необоснованного завышения длительности пребывания пациентов на койке;
* перевод пациентов на долечивание на койки дневного пребывания;
* повысить эффективность работы коек сестринского ухода, с обоснованием госпитализации на данный профиль и улучшением отбора пациентов;
* рассмотреть вопрос изменения расчета данного показателя в части исчисления его на население не только г.Степногорска, но и близлежащих районов (Аккольского), учитывая региональный принцип оказания медицинской помощи по перинатальной помощи и инсультному центру.

1. **Увеличение процента плановой госпитализации.** При целевом показателе 32% уровень плановой госпитализации составил 14,9% (2018 г. – 14,9 %).
2. **Процент экстренной госпитализации.** При целевом показателе 68% уровень экстренной госпитализации составил 85,1% (9 мес 2018 г. – 85,1 %).

На данные показатели 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 (99,6%), инфекционное отделение (99,9%), акушерско-гинекологическое (89,1%), хирургическое (89,3%) и травматологическое (90,2%) отделения) составляет в общей структуре пролеченных 62,2 %.

Также оказывает влияние структура обращаемости пациентов в стационар. В целом количество госпитализированных по направлению специалистов городской поликлиники составило 33,6 % (2018 г.- 35,5%), госпитализировано по скорой помощи 35,1 % (2018 г. – 37,9%), по самообращению 17,8 % (2018 г. – 15,8%) и направлено другими организациями (частные, травматологический пункт, другие медицинские организации, перевод новорожденных из роддома на койки патологии новорожденных) - 11,7% пациентов (2018 г. – 10,8%). Таким образом, отмечается рост числа госпитализированных по самообращению и направленных другими медицинскими организациями, снижение удельного веса пациентов, направленных поликлиникой. В целом практически две трети пациентов госпитализируются минуя участкового врача, не обследованные. Возможно данная ситуация связана с недостаточной доступностью амбулаторно-поликлинической помощи в государственной организации, расширением сети частных медицинских организаций, а также нежеланием самих пациентов ожидать очередь при приеме в поликлинике.

Наибольший удельный вес госпитализированных по скорой помощи:

* инсультный центр – 58,8%,
* инфекционное отделение -52,2%,
* акушерские койки – 43,4 %,
* кардиологическое отделение – 45,9%,
* педиатрическое отделение – 38,6%,
* хирургическое отделение – 32,6%.

Наибольший удельный вес госпитализированных по самообращению:

* акушерско-гинекологическое отделение – 25,6%,
* хирургическое отделение – 23,9%,
* кардиологическое отделение – 16,1%,
* инсультный центр – 17,5%.
* терапевтическое отделение – 13,6%
* инфекционное отделение – 14,3%
* педиатрическое отделение – 14,5%
* неврологическое отделение – 9,8%.

Также негативно сказывается и структура обращаемости пациентов по времени в течение суток. Так, из общего числа пролеченных 50,6% пациентов были госпитализированы в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни.

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

1. **Работа койки.** При целевом показателе 330,0 фактический показатель – 317,6 (2018 г. – 314,7). Среднее число свободных коек – 17,8. С наименьшей нагрузкой работали койки неврологического отделения (313,3), травматологического (296,3), педиатрического (299,5), сестринского ухода (214,0). Необходимо сокращение коечного фонда на 15 коек.
2. **Хирургическая активность.** При целевом показателе 45,0% фактический составил 42,0 % (2018 г. – 42,4%). На конец отчетного периода койки хирургического профиля: хирургическое взрослые (42 коек), хирургические детские закрыты с 01.09.19 г., травматологические (18 коек), гинекологические (16 коек), акушерские (12 коек).

Хирургическая активность в разрезе профилей коек:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Профиль коек | Количество среднегодовых коек | 2018г. | 2019 г. | динамика |
| 1 | Хирургический для взрослых | 37 | 51,4 | 48,6 | ↓ |
| 2 | Хирургический для детских | 4 | 46,5 | 49,7 | ↑ |
| 3 | Травматологический | 19 | 43,8 | 50,1 | ↑↑ |
| 4 | Гинекологический | 16,7 | 39,4 | 31,0 | ↓↓ |
| 5 | Акушерский | 12 | 28,8 | 35,5 | ↑↑ |
|  | всего | 88,7 | 42,9 | 42,0 | ↓ |

Таким образом, снижение оперативной активности – за счет профилей хирургического и гинекологического. Снижение оперативной активности произошло как за счет снижения количества операций в гинекологии, хирургии, а также за счет повышения количества пролеченных на травматологических, хирургических койках. При этом в травматологическом отделении и на акушерских койках имеет место и значительный рост оперативной активности.

Не проводятся операции в отделениях хирургического профиля при таких заболеваниях: мочекаменная болезнь, сосудистые заболевния нижних конечностей, отморожения, ожоги, некоторые травмы (при которых иммобилизация проведена на уровне травматологического пункта, травмы, не требующие оперативного вмешательства), черепно-мозговые травмы (ушибы, сотрясения головного мозга), острые панкреатиты, холециститы и др. Также имели место факты госпитализации с заболеваниями, которые возможно было наблюдать на диагностической койке (кишечные колики, синдром раздраженного кишечника).

На данном показателе, а также на показателе удельного веса экстренных операций сказывается и недостаточная оснащенность современным оборудованием для проведения малоинвазивных операций, пациенты уезжают из Степногорская в другие клиники для планового оперативного лечения. Имеющийся на балансе комплекс видеоэндоскопической стойки введен в эксплуатацию в сентябре 2007 года и изношенность аппарата составляет 100%, кроме того, оборудование технически устарело, нет возможности ремонта, так как запасные части уже не выпускаются. Персонал СМГБ готов к развитию малоинвазивной хирургии: обучены и имеют практический опыт хирурги и акушеры-гинекологи. Также требуется артроскопическая стойка для внедрения травматологических малоинвазивных операций. Со второго полугодия некоторые оперативные вмешательства хирургического и травматологического профиля стали проводиться на уровне дневного стационара, хирургическая активность в дневном стационаре на данных профилях коек выросла.

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;
* улучшения материально-технической оснащенности оперблока.

1. **Процент экстренных операций.** Целевой показатель 74,5%, фактический – 78,9 % (2018 г. – 75,6%), рост удельного веса экстренных операций в динамике с прошлым годом. Рост - за счет травматологического отделения: 87,4% (2018 г. – 83,1%), хирургического отделения – 80,4% (2018г. – 71,3%), гинекологического профиля – с 82,1% до 87,3%. При этом удельный вес экстренных операций акушерских койках снизился 70,8% до 62,1%. Данный показатель частично обусловлен перенаправлением некоторых оперативных вмешательств на койки дневного пребывания, а также ростом оперативной активности на акушерских койках за счет плановой госпитализации на роды (с 12,0% до 20 1%).

Для достижения данного показателя необходимо обеспечить отбор на уровне поликлиники для планового оперативного лечения, подготовку к плановой госпитализации. Заведующим отделениями хирургического профиля необходимо усилить работу по преемственности с поликлиникой по плановой госпитализации.

1. **Среднее пребывание до операции**. Целевой показатель 1,28, фактический – 1,4 (2018 г. – 1,33), рост в динамике с прошлым годом.

Среди оперированных на вторые сутки были операции кесарево сечение, грыжесечения, операции по поводу варикозного расширения вен конечностей, варикоцеле, удаления металлоконструкций.

Среди экстренно госпитализированных снизилась оперативная активность в первый час, вырос удельный вес оперированных в течение первых 6 часов, а также более суток. Среди данной категории пациентов рост средней длительности до операции обусловлен выбором первоначально консервативной тактики при желудочно-кишечных кровотечениях, разущемившихся грыжах, ЖКБ, остром панкреатите, кишечной непроходимости, открытых травмах конечностей.

Одной из причин недостижения показателя (при плановых операциях) является недостаточное количество врачей анестезиологов, занятость операционных экстренными операциями, в связи с чем приходится сдвигать время плановых операций. Также сказывается недостаточность наркозно-дыхательной аппаратуры.

Для достижения данного показателя отрабатывался вопрос с городской поликлиникой по времени направления и госпитализации пациентов на плановое оперативное лечение - во второй половине дня, качеству и полноте обследования при направлении на госпитализацию.

1. **Больничная летальность.** Целевой показатель 1,4%, фактический – 194/1,7% (2018 г. – 194/1,8 %).

В разрезе профилей коек наибольший показатель больничной летальности – на койках сестринского ухода (пациенты с хроническими декомпенсированными заболеваниями) – 14,2% (2018 г. – 14,7%), на втором месте – инсультный центр –6,9% (2018 г. – 8,3%), на третьем месте – кардиология – 3,2 % (2018 г. – 3,1 %), на четвертом - хирургия – 2,2% (2018 г. – 1,9%).

Один из факторов, влияющих на рост летальности – возрастная структура пролеченных больных. В общей структуре пациенты старше 65 лет составили 21,2 %, в том числе старше 70 лет – 15,2%.

В отчетном периоде в возрастной структуре летальности 94/47,5 % составили лица старше 70 лет, в том числе лица старше 80 лет -39 / 20,1%, а старше 90 лет –3 / 1,5 %. Удельный вес лиц трудоспособного возраста составил 56 / 28,8% (2018 г. – 55 / 28,3%).

По нозологической структуре наибольший удельный вес составляют больные с заболеваниями системы кровообращения – 109 случаев / 56,2 % (2018 г. – 113 / 58,2%), второе место разделили заболевания нервной системы и органов пищеварения – по 23 /11,8%% (2018 г. – пищеварение 29 / 14,9%, нервная система – 14 / 7,2%), на третьем – новообразования и травмы, отравления - по 12 / 6,2% (2018 г. – новообразования 10 / 5,1%; травмы и отравления 9 / 4,6%), на четвертом – заболевания органов дыхания – 10 / 5,1% (2018 г. – 11 / 5,7%).

В отчетном периоде вырос процент патологоанатомических вскрытий с 83/42,8% до 110/ 56,7%, среди лиц трудоспособного возраста – 45/80,4% (2018 г. – 26/47,3%).

Зарегистрировано 2 / 1,8% (2018 – 9 / 10,8%) случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. Среди лиц трудоспособного возраста - 1 случай / 2,2%.

Основными причинами расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов стали:

* не диагностированы онкологические заболевания в обоих случаях;
* в одном случаях – досуточная летальность (несколько часов);
* наличие полиорганных поражений, нескольких конкурирующих и сопутствующих заболеваний;
* трудности сбора анамнеза из-за тяжести состояния, во всех случаях пациенты на диспансерном учете не стояли, не обследованы на догоспитальном этапе.

Случаев предотвратимой летальности по результатам внешней экспертизы – 1/ 0,5% (2018 г. – 11/5,7%). Пациент неврологического отделения, 81 г. с ДЭП, сахарным диабетом, ИБС, пролежни, застойная пневмония. По результатам внешней экспертизы выявлены дефекты сбора анамнеза, неполное обследование, не проводилась интерпретация лабораторных анализов, неадекватные лечебные мероприятия.

При проведении внутренней экспертизы были выявлены дефекты качества сбора анамнеза, своевременной интерпретации результатов обследования и проведения корректирующих лечебных мероприятий, а также качества ведения медицинской документации.

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.

1. **Послеоперационная летальность.** Целевой показатель 1,2 %, фактический – 35/1,87% (2018 г. – 35/1,87%).

В структуре послеоперационной летальности наибольший удельный вес – лапаротомии, ампутации конечностей, операции на сосудах по поводу тромбэмболии, а также нейрохирургические операция при ЧМТ.

Основными причинами послеоперационной летальности были:

* тяжесть состояния пациентов, тяжелые политравмы, интоксикация;
* наличие тяжелой сопутствующей патологии (БСК, СД и др.);
* в одном случае – несвоевременное оперативное лечение.

Для снижения показателя послеоперационной летальности необходимо повысить плановую оперативную активность, применять более активную оперативную тактику, своевременное проведение коррекции сопутствующих заболеваний совместно с профильными специалистами.

1. **Тромболизис у пациентов с ишемическим инсультом**. При целевом показателе 9,0% фактический показатель составил 21 /7,7% (2018 г. – 23/9,0%).

Данный показатель не достигнут по причине нерабочего состояния компьютерного томографа в течение длительного времени. За отчетный период два раза проведен ремонт КТ.

1. **Нейрохирургическая активность при остром инсульте.** Целевой показатель 11,4%, фактический – 6/1,9% (2018 г. – 7/2,3%). Неисполнение показателя также связано с нерабочим состоянием компьютерного томографа.
2. **Госпитальная летальность при травмах.**

При целевом показателе 0,77 % фактический составил 12/1,27% (2018 г. – 10/1,0%). Имели место четыре случая тяжелых политравм в сочетании с черепно-мозговыми травмами, пять случая тяжелые очаговые травмы, два случая ожогов и одно отравление. По всем случаям проведено судебно-медицинское исследование, непредотвратимая летальность. В восьми случаях – послеоперационная летальность. В пяти случаях – летальность в первые сутки госпитализации. 9 / 75 % умерших от травм и отравлений – трудоспособного возраста, летальности среди детского возраста не было.

1. **Летальность от острого инфаркта миокарда.** При целевом значении 7,6% фактический 5 / 8,5%. Положительная динамика с прошлым годом (11/14,5%), всего пролечено 59 пациентов (2018 г. – 69). Среди летальности от острого двое пациентов трудоспособного возраста; в двух случаях – повторный инфаркт. Тромболитическая терапия проведена в трех случаях, в двух случаях не проводилась (1 - поздняя госпитализация, индексное событие более двух дней; 1 – противопоказания). На диспансерном учете стояли трое пациентов.
2. **Снижение коэффициента совмещения врачебного персонала**.При целевом показателе 1,5 фактический составил 1,7. За отчетный период проведена работа по внедрению дифференцированной оплаты труда: пересмотрено штатное расписание, разработаны внутренние нормативные документы, проведена информационная работа с персоналом. Положительная динамика с начала года.
3. **Доля финансовых средств, снятых за некачественное оказание медицинской помощи.** При целевом показателе 2,2%, фактический – 2,25 %. В структуре дефектов наибольший удельный вес составили случаи отклонения диагностических и лечебных мероприятий от КПДЛ –71,5 %; на втором месте дефекты ввода данных – 21,5%; на третьем месте - завышение весовых коэффициентов – 4,6%, случаи необоснованной госпитализации составили 20 / 2,2%. В структуре дефектов с кодом «отклонение от протоколов диагностики и лечения»имеются несоответствия по диагностическим мероприятиям, входящим в перечень основных диагностических исследований, в связи с отсутствием необходимого оборудования и оснащения или специалистов, перебоев в снабжении расходными материалами, а также несоблюдением протоколов лечащими врачами при наличии возможностей:

* УЗИ сосудов (не в полном объеме в связи с тем, что в стационаре один специалист, кроме того, низкая доступность на уровне ПМСП, практически все пациенты госпитализируются без данного вида обследования). В соответствии с КПДЛ и структурой заболеваний потребность высокая (неврологический профиль, кардиологический, хирургический, инсультный центр, терапевтическое отделение).
* Исследование электролитов крови, газового состава, КЩС (только один анализатор в ОАРИТ, периодически перебои обеспечения расходными материалами) – не обеспечивается полная потребность.
* Холтеровское мониторирование ЭКГ (не обеспечена полная потребность в исследованиях в связи с тем, что холтеровский аппарат один, специалист один, имеется очередность).
* Тредмил-тест, холтеровское мониторирование АД (нет необходимого оборудования). На уровне ПМСП также низкая доступность для данных исследований, пациенты поступают недообследованные.
* Спирография (нет оборудования на данный момент, аппарат в нерабочем состоянии). В поликлинике данный вид исследования не осуществляется.
* Неполный объем биохимических исследований крови и мочи (нет анализаторов, не все исследования проводятся ручным методом: белковые фракции, амилаза), при ручном методе используются методики, при которых результаты измеряются не в международных общепринятых единицах.

В данной группе дефектов– также дефекты сбора анамнеза, описания жалоб в соответствии с критериями диагноза, физикального обследования, оценки состояния пациента, описания локального статуса, оценки факторов риска, не всегда в выписном эпикризе указываются проведенные исследования в динамике, также имеют место неполные и неконкретные (индивидуально для пациента) рекомендации при выписке. Не всегда в полном объеме формируется развернутый заключительный клинический диагноз, с указанием всех сопутствующих заболеваний и осложнений.

В группе дефектов ввода – дефекты оформления электронной медицинской документации. Наибольшее количество дефектов ввода в отделениях: хирургическое, акушерско-гинекологическое, педиатрическое, терапевтическое, травматологческое).

Среди отделений по мерам экономического воздействия лидирует кардиологическое отделение (13,9% от пролеченных случаев, 4,1% от наработанных средств); на втором месте – травматологическое отделение (10,2 % пролеченных случаев, 3,3% от наработанных средств), на третьем месте – отделение сестринского ухода (13,1% пролеченных случаев, 2,7 % наработанных средств).

С целью снижения мер экономического воздействия по причине субъективных факторов проводится ежемесячный анализ и мониторинг, методическая работа с персоналом по недопущению дефектов.

К сожалению, объективный анализ мер экономического воздействия затруднен в связи с недостаточной прозрачностью внешней экспертизы. Нет расшифровки дефектов, с июля текущего года в выходных формах нет дифференциации дефектов по кодам и разграничения со снятием по линейной шкале.

1. **Обоснованные жалобы за пределы организации**. Зарегистрировано две обоснованных жалобы, рассмотрены специалистами ДКООЗ МЗ РК по Акмолинской области:

* Случай падения пациентки в стационаре с переломом шейки бедра. Несвоевременно выставлен диагноз перелома, проведены необходимые лечебные мероприятия.
* Нарушение качества медиицнских услуг, необоснованно выставленный диагноз.

По результатам рассмотрения проведены организационно-методические мероприятия, применены меры дисциплинарного взыскания – 1.

1. **Доля СМР, имеющих квалификационную категорию**. При целевом показателе 47,5%, фактический показатель составил на конец отчетного периода 45,1%. За отчетный период прибыли 5 молодых специалистов, показатель категорийности среди медицинских работников со стажем свыше трех лет составил 49,1 %.
2. **Оснащенность травматологического отделения** – при целевом показателе 100,0 % фактический – 88,1% (2018 г. - 65 %). Данный показатель рассчитывается согласно минимальным нормативам оснащения в соответствии с приказом МЗ РК № 850 от 27.10.10. г. В соответствии с данным приказом для дооснащения травматологического отделения необходимо дополнительно два гинекологических кресла, холодильники, наборы планшетов для определения группы крови, наборы лабораторной посуды (предусмотрены приказом в перевязочной, и гипсовой перевязочной, но фактически в них нет потребности). 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.
3. **Обеспечение врачами травматологами, хирургами и нейрохирургами**. При целевом показателе 100 % фактический – 80,7 %. При штатных 20,75 ставках занято 16. Проводится оплата по фиксированному размеру за работу с повышенной нагрузкой в дневное время.
4. **Привлечение финансовых средств за счет оказания платных услуг**. При плане 62 000 т.т. фактически - 57 481,0 т.т. Снизился объем платных медицинских услуг, исключены немедицинские услуги.
5. **Отсутствие кредиторской задолженности.** На конец отчетного периода сложилась кредиторская задолженность в размере 33392 т.т.

**По Дорожным картам не достигнуты кроме того показатели:**

1. **Летальность детей от 1 до 5 лет.** При целевом показателе 0 % фактический по стационару - 1/ 0,1‰. Случай летальности ребенка 1 г.3 мес. с инвагинацией кишечника. Позднее обращение за медицинской помощью, позднее оперативное вмешательство.

**Достигнуты целевые значения Меморандума по следующим показателям:**

1. **Материнской смертности** не зарегистрировано.
2. **Досуточная младенческая летальность -** не зарегистрировано.
3. **Летальность от острого нарушения мозгового кровообращения.**

При целевом показателе 12,0% фактический показатель – 26/ 8,5% (2018 г. – 42/ 14%). Выраженная положительная динамика. По Дорожной карте целевой показатель 13,1%, к данному целевому значению также достижение.

1. **Снижение средней длительности пребывания на койке**, при целевом показателе 8,0 фактический показатель – 7,6 (2018 г. – 8,0).
2. **Уровень удовлетворенности больных качеством медицинской помощи.** Целевой показатель 98%, фактический – 98,7%.
3. **Обеспеченность медицинских работников персональными компьютерами** - 100%.
4. **Обеспечение ведения типовых корпоративных документов.** Имеется Положение о Наблюдательном совете, утвержден классификатор внутренних нормативных документов, план работы Наблюдательного совета. В штате организации имеется секретарь Наблюдательного совета.
5. **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.
6. **Доля врачей, имеющих квалификационную категорию.** При целевом показателе 57,5% фактический показатель составил 63,9%.

**Задачи по достижению целевых показателей деятельности:**

1. Укрепление материально-технической базы: приобретение необходимого медицинского оборудования, проведение ремонтных работ, разработка проектно-сметной документации на проведение капитального ремонта.
2. Работа по привлечению медицинских кадров, внедрению и совершенствованию современных методов корпоративного управления, мотивации персонала; внедрение дифференцированной оплаты труда.
3. Повышение качества медицинской помощи путем повышения квалификации персонала, стандартизации внутренних процессов.
4. Совершенствование работы по внутреннему аудиту, управлению качеством медицинских услуг, управлению рисками, обеспечению безопасности пациентов.
5. Повышение экономической эффективности деятельности предприятия. Рациональное использование ресурсов. Исполнение договорных обязательств по объемам медицинских услуг в зависимости от источника финансирования. Развития платных медицинских услуг, медицинских услуг, оказываемых в рамках соисполнения.
6. Усиление и совершенствование вопросов преемственности с организациями ПМСП, в том числе по вопросам плановой госпитализации, проведению догоспитального обследования, совершенствование оказания медицинской реабилитации.
7. Совершенствование безбумажного документооборота, качества, полноты и своевременности ведения документации.
8. Проведение работы по информированию населения формированию поведенческих мотивов, по вопросам оказания медицинской помощи в условиях ОСМС.

Главный врач О.М.Ищукова

Исп. Кошелева Л.А.