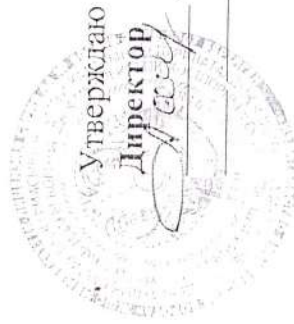


КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей»
Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области

Утверждаю
Директор

А. Дайрбеков
_____ 2018 года

**СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН РАЗВИТИЯ
КГП на ПХВ «Перинатальный Центр города Семей» УЗ ВКО
на 2018- 2022 годы**

Рассмотрено и одобрено
на производственном совещании
от 14 декабря 2017 года, протокол № 2

г. Семей, 2018 год

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. Миссия и Цели, задачи и видение КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей» УЗ ВКО	стр. 3
РАЗДЕЛ 2. Анализ текущей ситуации и тенденции развития КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей» УЗ ВКО	
2.1. SWOT – анализ основных проблем, оценка основных внешних и внутренних факторов	3
2.2. Повышение эффективности системы менеджмента	7
2.3. Развитие кадровых ресурсов и повышения их профессионализма	
2.4. Совершенствование лекарственного обеспечения	
РАЗДЕЛ 3. Стратегические направления, цели, задачи, целевые индикаторы, мероприятия и показатели результатов КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей» УЗ ВКО.	
3.1. Стратегические направления, цели, задачи, целевые индикаторы, мероприятия, показатели результатов.....	
РАЗДЕЛ 4. Развитие потенциальных возможностей развития и повышения качества медицинских услуг КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей» УЗ ВКО	
РАЗДЕЛ 5. Взаимодействие	
РАЗДЕЛ 6. Управление рисками и повышение качества оказания медицинских услуг.....	

РАЗДЕЛ 1. Миссия и видение КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей» УЗ ВКО

Наша Миссия

Повысить качество оказания медицинской помощи в рамках государственной программы «Денсаулық» на 2018-2022гг и предоставлении качественных медицинских услуг на основе современных научных инновационных достижений, что создает высшую ценность – Здоровье для наших пациентов.

Цель: Снижение младенческой и недопущение материнской смертности

мероприятия:

Комплексный план повышения эффективности системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области 2017-2019 гг.;

Меморандум между Перинатальными центрами 3-го уровня Восточно-Казахстанской области с Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии;

Меморандум между Перинатальными центрами 3-го уровня Восточно-Казахстанской области с Научным центром педиатрии и детской хирургии;

Меморандум между КГП на ПХВ «Центром матери и ребенка» УЗ ВКО акимата с АО «Национальный научный медицинский центр» г.Астана;

Клинический аудит перинатальных центров 3-го уровня ВКО

Рекомендаций специалистов республиканского офиса ВОЗ и Банка всемирного развития;

Основные направления плана мероприятий:

Общие организационные мероприятия

Внедрение новых технологий

Снижение дефицита и развитие кадрового потенциала

Повышение информированности населения об эффективных подходах в области охраны здоровья матери и ребенка

Совершенствование организации работы на 3 уровне оказания перинатальной помощи (ЦМиР и Перинатальный центр города Семей)

Укрепление материально-технической базы и дооснащение медицинским оборудованием

Совершенствование организации работы на 1-2 уровне оказания перинатальной помощи (в разрезе районов)

Обеспечение развития эффективной и устойчивой системы охраны здоровья граждан, как основы социального благополучия и экономического процветания государства

Задачи

1. Укрепление здоровья населения на основе обеспечения санитарного благополучия, профилактики факторов риска, пропаганды здорового питания и стимулирования здорового образа жизни.

3. Модернизация национальной системы здравоохранения, обеспечение ее эффективности, финансовой устойчивости

4. Создание системы финансирования здравоохранения, основанной на солидарной ответственности государства, работодателя и граждан, путем внедрения обязательного социального медицинского страхования.

Наше Видение

Статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения позволит Центру внедрить новые методы и формы оказания медицинской помощи, улучшить материально-техническое оснащение, повысить корпоративный дух коллектива в достижении цели, получение самостоятельности в принятии решений. Мы будем всегда в числе лидирующих медицинских организаций Республик Казахстан, оказывающих специализированную родовспомогательную помощь.

обеспечить все принципы корпоративного управления

1. Прозрачность для этого создан сайт организации, найм на работу, своевременное раскрытие информации, включая: финансовое положение собственности; управление.
2. Полнота это Стратегический план организации, регулярная сдача отчетов в вышестоящие органы (УЗ, РЦЭЗ, ФСМС), подотчетность сотрудников руководству.
3. Справедливость это внедрение дифференцированной оплаты в зависимости от конечного результата, равное отношение ко всем сотрудникам, эффективная судебная защита
4. Ответственность это Наблюдательный совет, сотрудничество с заинтересованными сторонами в повышении благосостояния, стабильность.
5. Соблюдение протокола диагностики и лечения, своевременная консультация по тяжелым случаям с областными (республиканскими) специалистами.

РАЗДЕЛ 2. Анализ текущей ситуации и тенденций развития КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей» УЗ ВКО

2.1. SWOT – анализ и оценка основных внешних и внутренних факторов

Внутренние факторы		Слабые стороны	
Сильные стороны			
1.	Значительное улучшение качества оказания экстренной помощи. Внедрение национальных клинических протоколов, алгоритмов, тренингов по оказанию помощи в экстренных ситуациях, повышение ответственности и уровня знаний медицинских работников	1.	Недостаточное обучение эффективным технологиям на местной базе в виде мастер-классов, тренингов с привлечением кураторов для специалистов среднего звена.

2.	Внедрение информационной системы «электронная история болезни» Уменьшение документооборота в стационаре; повышение контроля за качеством оказания медицинской помощи; участие в формировании «паспорта здоровья» с момента рождения ребенка.	2.	Недостаточное обучение специалистов блока.	КМИСа
3.	Внедрение новых технологий в виде инвазивных методов для своевременной диагностики врожденных пороков внутриутробного развития плода во время малых сроков беременности, для своевременного прерывания беременности. (ФИШ метод) в «Перинатальном центре города Семей»	3.	Проведение процедуры без осложнений.	
4.	Централизация 2 скрининга УЗИ беременных города Семей в учреждениях родовспоможения 3 уровня. Уменьшение рождения детей с врожденными пороками развития и соответственно снижение младенческой смертности.	4.	Дефицит специалистов УЗИ беременных.	УЗИ диагностики
	Используются медикаменты только с доказанной эффективностью в соответствии клиническими протоколами. Значительно снизилась полипрагмазия.		Слабая обеспеченность расходными материалами и оснащенность для соответствия 3 уровню перинатальной помощи детям	

Уменьшилось количество: 1) атонических кровотоков с объемом кровопотери больше 1 литра на 2%; за счет широкого и своевременного использования баллонной тампонады матки 2) Органосохраняющие операции при патологии инвазии плаценты 3) Уменьшение гистерэктомий в 2 раза; 4) увеличилось количество родов через естественные родовые роды с рубцом на матке. 5) уменьшилась перинатальная смертность на 1%; 6) уменьшилась ранняя неонатальная смертность на 1,7%. все врачи владеют оперативной техникой Кесарево сечение по Джозл-Кохену, проводятся органосохраняющие операции по Б-Линчу, готовность к экстренной помощи, удовлетворенность пациентов. Использование аппарата Cell Saver для проведения аутогемотрансфузии, что позволяет уменьшить объем кровопотери во время оперативного родоразрешения	Недостаточное обеспечение родильных палат прикроватными мониторами, дозаторами, создание более комфортных условий, ближе к уютной домашней обстановке (ролл шторы на окна, телевизоры, цветы, мягкие игрушки,)
4. Использование УЗИ, КТГ, доплерометрия для оценки состояния плода	4. Отсутствие трехмерного УЗИ - аппарата экстра-класса и не полный объем исследования состояния плода аномалии развития плода более глубоко
5. Наличие в приемном покое алгоритмов и укладок по оказанию экстренной помощи, обученность сотрудников оказанию помощи при неотложных состояниях	5. Проблема своевременности обращений за консультацией беременных с факторами риска в КДО Перинатального центра, связанная с субподрядом. Отсутствие своевременности выявления ВПР, зависящая от квалификации врачей УЗИ-логов на

6.	Проведение партнерских родов (80%) ведение родов не на спине, по желанию роженицы в любом другом положении; обеспечение в родах питьем, приемом пищи, создание условия для партнера	ПМСП, низкая их квалификация Низкая медицинская грамотность населения, так и профессионального уровня участковых и сельских врачей. Низкая осведомленность врачей о необходимости медико-генетического консультирования до беременности, также сроках и условиях, необходимых для проведения такой диагностики во время беременности. Слабая пропаганда здорового образа жизни.
7.	Внедрение 100% раннего неограниченного контакта матери и новорожденных, в том числе во время проведения операции кесарево сечение	6.
8.	Обеспечение 100% совместного пребывания матери и ребенка; свободного посещения матерей в отделении реанимации новорожденных, свободного посещения родственниками родильницы и ее ребенка. Ранняя выписка на 2 сутки после родов и на 4-5 сутки после операции кесарево сечение	7. Методичное проведение обучающей работы с сотрудниками, воспитание в них духа корпоративной солидарности; Увеличение объемов платных медицинских услуг; Рациональное использование денежных потоков, коммунальных услуг, лекарств и изделий медицинского назначения. Вовлечение сотрудников в эффективную деятельность предприятия. Создание комфортных условий труда.

Внешние факторы

Внешние факторы		Возможности (потенциал)
1.	Медицинские риски, связанные с гражданско-правовой – ответственностью: -диагностические -лечебные	1. Внедрение системы менеджмента качества в соответствии с требованиями стандарта качества и постоянного улучшения результативности.

2. Медицинские инфекционные.		
2. Техничко-эксплуатационные риски.		2. Неуклонное повышение качества оказываемых и внедрение востребованных медицинских услуг
3. Риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников: 1) от больных особо опасными инфекциями 2) от больных вирусным гепатитом; 3) ВИЧ-инфекцией; 4) венерическими заболеваниями		3. Привлечение квалифицированного персонала, систематическое повышение уровня квалификации медицинского персонала.
4. Прочие риски: 1) пожароопасные риски 2) взрывоопасные (хранение кислорода) риски.		4. Проведение на постоянной основе обучения медицинского персонала новым перинатальным технологиям как на местной базе кураторами из ННЦМид города Астаны, так и из за рубежа (из Израиль и Литва)
		5. Внедрение эффективных методов мотивации персонала (дифференцированная оплата труда и другие формы)
		6. Регулярное проведение анкетирования среди медицинского персонала и пациентов для улучшения работы и оказания медицинской помощи.
		7. Санитарный режим соблюдается 80% случаев перинатальная смертность среди детей с экстремально-низкой массой тела (от 500 до 999 гр) Причины смерти доношенных детей –это тяжелые врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью, и тяжелые в/утробные

2.2. Повышение эффективности системы менеджмента

Основные параметры развития:

- 1) внедрение транспарентных форм управления в организации, увеличение количества подготовленных специалистов в области менеджмента здравоохранения на 2018-2022 гг.;

Преимущества

- 1) завоевать доверие ПАЦИЕНТА и повысить их удовлетворённость;
- 2) стимулировать мотивацию сотрудников;
- 3) чётко распределить ответственность персонала;
- 4) принимать решения, основываясь на фактах;
- 5) минимизировать риски и управлять ими;
- 6) инициировать постоянное улучшение;
- 7) экономить время и сократить операционные издержки;
- 8) улучшить имидж организации;
- 9) своевременно реагировать на меняющиеся условия рынка.

2.3 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ : Развитие системы кадровых ресурсов.

Развитие кадровых ресурсов и повышения их профессионализма

Основные параметры развития:

- 1) находить компетентного работника;
- 2) воспитывать в подчиненных лояльность;
- 3) формировать эффективную команду;
- 4) управлять поведением персонала.

Принципы концепции управления

- 1) люди – решающий фактор эффективности и конкурентоспособности Перинатального Центра;
- 2) ориентация на стратегический подход к управлению человеческими ресурсами;

- 3) признание экономической целесообразности инвестиций в формировании и развитии человеческих ресурсов;
- 4) основной источник добавленной стоимости ориентация человеческими ресурсами;
- 5) признание и экономическое формирование и развитие человеческих ресурсов;
- 6) социальное партнерство и демократизация управления. Обогащение качества трудовой жизни;
- 7) непрерывное обучение и развитие человеческих ресурсов;
- 8) профессионализация управления человеческими ресурсами.

Приоритет здоровья и развитие общественного здравоохранения.

Обеспокоенность и повышенное внимание к инфекционным заболеваниям (далее - НИЗ) - одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран, что обусловлено, прежде всего, устойчивой тенденцией роста заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем будет нарастать. По данным ВОЗ здоровье человека зависит от системы здравоохранения всего на 10% и на 50% - от образа жизни, который формируется под воздействием окружения человека, права выбора, качества жизни и доступности возможностей укрепления здоровья. Профилактика предлагает самую эффективную по стоимости долгосрочную стратегию для борьбы с НИЗ. Солидарность в вопросах укрепления здоровья, активное участие гражданского общества в решении проблем здравоохранения являются одной из главных отличительных особенностей систем охраны здоровья стран ОЭСР. В Казахстане вопросы профилактической работы, наращивание усилий межсекторального взаимодействия по проблемам НИЗ, разработки и реализации специальных программ управления хроническими заболеваниями, направленных на повышение качества медицинских услуг на всех уровнях организаций здравоохранения находятся на начальном этапе

Совершенствование лекарственного обеспечения

Организации осуществляют учет с целью рационального использования бюджетных средств, выделенных на приобретение лекарственных средств

Отпуск лекарственных средств осуществляется через аптеки, аптечные пункты, отделения (кабинеты) не зависимо от формы собственности на основе договора с организацией здравоохранения.

Лица, ответственные за учет лекарственных средств в аптеке, аптечном пункте, отделениях (кабинетах) в организациях здравоохранения назначаются руководителем организации здравоохранения в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

В организации здравоохранения приказом руководителя, создается постоянно действующая комиссия, которая не реже 1 раза в квартал проверяет в аптеке, аптечном пункте, отделениях (кабинетах) состояние хранения, учета, отпуска и рационального использования лекарственных средств.

Ежемесячно на 1 число каждого месяца ответственным лицом составляется отчет о движении лекарственных средств по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку и представляется в бухгалтерию организации здравоохранения. Лекарственные средства, приобретенные за счет средств республиканского бюджета, отпускаются по рецептам при предъявлении документа, удостоверяющего личность (свидетельство о рождении пациента) или его копии.

Лекарственные средства, приобретенные в рамках ГОБМП для оказания амбулаторно-поликлинической помощи, подлежат учету в суммовом и количественном выражении в автоматизированной лекарственной информационной системе учета использования лекарственных средств.

При отсутствии автоматизированной лекарственной информационной системы учета использования лекарственных средств, учет ведется в журнале учета отпуска лекарственных средств по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, страницы которого должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью руководителя организации здравоохранения и главного бухгалтера.

На каждое торговое наименование, фасовку, форму, дозировку лекарственных средств открывается отдельная страница. Основанием для прихода лекарственных средств, поступивших в аптеку, аптечный пункт, отделение (кабинет) являются счета, накладные поставщика, а расхода лекарственных средств - рецепты.

Поступившие в аптеку, аптечный пункт, отделение (кабинет), лекарственные средства ответственным лицом принимается в соответствии с сопроводительными документами.

Учет отпуска лекарственных средств из аптеки, аптечного пункта, отделения (кабинета) осуществляется по рецептам. Ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, организация здравоохранения представляет отчеты в управление здравоохранения по формам согласно приложению 3, 4 к настоящему Порядку за подписью первого руководителя организации здравоохранения и главного бухгалтера, Реестры выписанных рецептов представляются в управление здравоохранения на электронных или бумажных носителях.

Информация об отпуске лекарственных средств пациенту вносится ответственным лицом в автоматизированную лекарственную информационную систему учета использования лекарственных средств.

направления, цели, задачи, целевые индикаторы, мероприятия и показатели

«Перинатальный центр города Семей» УЗ ВКО

Целевые индикаторы К 2020 году:

Достижение поставленных задач будет измеряться следующими целевыми индикаторами:

Целевые индикаторы	ед. изм.	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		(факт)	(оценка)					
Увеличение оживаемой продолжительности жизни	Количество	71	71,4	71,8	72,2	72,6	72,77	73

лет

Снижение на 100 тыс.

материнско

й
смертност
и
в 3 раза
от уровня
2009 года

родившихся 12,4 11,8 11,2 10,6 10,1 10 9,7

ЖИВЫМИ

Снижение
младенческ
ой
смертност
и в 2 раза
от уровня
2009 год

на 1000

родившихся 11,2 10,6 10,1 9,6 9,1 9,05 9,03

ЖИВЫМИ

Снижение общей смертности на 30% от населения	7,65	7,35	7,1	6,9	6,7	6,5	6,3
	на 1000						

уровня 2009 года

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Казахстан до 73 лет;

Снижение материнской смертности в 3 раза от уровня 2009 года;

Снижение младенческой смертности в 2 раза от уровня 2009 года;

Снижение общей смертности населения Республики Казахстан на 30% от уровня 2010 года

3.1 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ Укрепление здоровья населения г. Семей
ЦЕЛЬ 1.1 Увеличение продолжительности жизни населения г. Семей путем совершенствования диагностики и лечения заболеваний

№ № п.п.	Наименование целевого индикатора	Источник информации	Единица измерения	Отчетный год	План текущего года	Плановый период				
						2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
1	2	3	4	7	8	9	10			
1.	Материнская смертность	статданные	на 1000 живород-х	24,6	23,1	22,0	21,5	20,5		
2.	Младенческая смертность	статданные	на 1000 род-ся живыми	12,5	11,2	10,7	10,5			
Пути, средства и методы достижения целевого индикатора										
Задача 1.1.1. Совершенствование подходов к профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни										
3.	Общая продолжительность жизни	статданные	лет	70	72	72	73	74	75	
4.	Обеспечение охвата скрининговыми осмотрами беременных	статданные	% от целевого населения	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Снижение удельного веса врожденных пороков развития в структуре младенческой смертности	статданные	%			.				
Мероприятия для достижения результатов										
5.	Проведение информационно-разъяснительной работы по вопросам пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ)				X	X	X	X	X	
6.	Оказание организационно-методической помощи ПМСП				X	X	X	X	X	

7.	Совершенствование нормативной деятельности правовой базы,	регламентирующей деятельность ПМСП	базы,	X	X	X	X	X	X
8.	Укрепление материально-технической базы Перинатального центра			X	X	X	X	X	X
9.	Разработка и совершенствование внутренних протоколов и диагностики лечения больных на стационарном уровне			X	X	X	X	X	X
Задача 1.1.2. Укрепление здоровья женщин и детей									
10.	Снижение материнской смертности	статданные	на 100 000 родившихся живыми						
11.	Увеличение доли детей в возрасте до 6-ти месяцев находящихся на исключительно грудном вскармливании	статданные	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Мероприятия для достижения результатов									
12.	Выполнение программы регионализации перинатальной медицинской помощи и внедрение (разработка и тиражирование) протоколов и стандартов оказания пренатальной, перинатальной, неонатальной и педиатрической медицинской помощи на основе доказательной медицины			X	X	X	X	X	X
13.	Повысить охват беременных женщин и детей скринингом на раннюю диагностику и профилактику врожденных и наследственных заболеваний у детей			X	X	X	X	X	X
14.	Обеспечить проведение неонатального скрининга новорожденных на раннее выявление врожденного гипотиреоза и ФКУ в соответствии с установленными инструкцией сроками			X	X	X	X	X	X
15.	Совершенствование материально-технической базы в соответствии с уровнем оказания помощи, оснащение современным медицинским			X	X	X	X	X	X

	оборудованием в соответствии с международными стандартами						
16.	Каскадное обучение по безопасному материнству, эффективным перинатальным технологиям и интегрированное ведение болезней детского возраста	X	X	X	X	X	X
17.	Обеспечить преемственность между территориальными поликлиниками, СВА города и женскими консультациями в выявлении и осуществлении врачебного наблюдения женщин группы высокого риска по развитию материнских и перинатальных осложнений, беременных с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями	X	X	X	X	X	X
18.	Проведение конфиденциального аудита материнской смертности и критических случаев акушерских осложнений	X	X	X	X	X	X
	Мероприятия для достижения результатов						
19.	Разработка, совершенствование и дальнейшее внедрение клинических руководств и протоколов диагностики и лечения заболеваний, оказания паллиативной помощи, восстановительного лечения и реабилитации в соответствии с международными стандартами и доказательной медицины	X	X	X	X	X	X
20.	Укрепление материально-технической базы стационара	X	X	X	X	X	X

Пути, средства и методы достижения целевого индикатора							
	Мероприятия для достижения результатов						
21.	Переход Центра на право хозяйственного ведения	X	X	X			
22.	Прохождение аккредитации медицинских организаций	X					X
23.	Обучение медицинских кадров за рубежом	X	X	X	X	X	X
24.	Внедрение системы менеджмента качества и прохождение процедуры сертификации по стандартам ISO 9001:2008 (СТ РК ИСО 9001-2009)	X	X	X			

--	--	--	--	--	--	--

Стратегическое направление 3. Повышение доступности и качества медицинской помощи
Цель 3.1: Совершенствование системы менеджмента и финансирования

Цель 3.1: Совершенствование системы менеджмента и финансирования

№ № п.п.	Наименование целевого индикатора	Источник информаци и	Единица измерения	Отчетны й год	План текущего года	Плановый период			
						2017г.	2018г.	2019г.	2020г.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Повышение уровня удовлетворенности беременных, рожениц, родильниц, партнеров уровнем качества оказанных медицинских услуг	данные анкетирован ия	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 3: Развитие системы кадровых ресурсов.

ЦЕЛЬ 3.1: Создание конкурентоспособного кадрового потенциала

№ № п.п.	Наименование целевого индикатора	Источник информации	Единица измерения	Отчетный год	План текущего года	Плановый период			
						2018г.	2019г.	2020г.	2021г.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ё	Дефицит врачебных кадров	отчеты	1	1	1	2	2		

Структурные подразделения	Количество пролеченных случаев					
	2017 год		2018 год		2019 год	
«Мать и Дитя»	8251		8189		8220	
ОПБ	1476		1565		1521	
ОПН и ВНД	1164		1266		1215	
Итого	10891		11020		10956	

Число коек	2017 год				2018 год				2019 год			
	работа койки	оборот койки	среднее пребывание	среднее пребывание	работа койки	оборот койки	среднее пребывание	среднее пребывание	работа койки	оборот койки	среднее пребывание	среднее пребывание
«Мать и Дитя»-коек	250,0	75,7	3,3	3,0	232,7	78,0	3,0	3,2	241,4	76,9	3,2	3,2
ОПБ-	439,0	34,4	12,8	11,1	385,6	34,8	11,1	12,0	412,3	34,6	12,0	12,0
ОПН и ВНД-	350,9	30,6	11,5	11,1	352,5	31,7	11,1	11,3	351,7	31,2	11,3	11,3
Итого: 190 коек	313,0	57,3	5,5	5,1	294,1	58,0	5,1	5,3	303,6	57,7	5,3	5,3

Организациям здравоохранения предоставляется право самостоятельного выбора поставщика медицинской техники. Это соответствует государственной программе «ДЕНСАУЛЫК» на 2018-2022 годы (в целях повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения планируется повышение автономности и самостоятельности организаций).

здравоохранения путем предоставления им большей самостоятельности в принятии управленческих решений) и Гражданскому кодексу Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 5. Взаимодействие

По программе 226.036.00.149 «Оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением направлений, финансируемых на местном уровне» бюджет: 2017 году был тенге, на 11020 случаев. 2018 год 1892378,4 тенге.

По программе 253 039 011. 159 «Оказание медицинской помощи населению субъектами здравоохранения районного звена и амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП». Бюджет -51763,57 тенге на 8347 случаев.

РАЗДЕЛ 6. Управление рисками и повышение качества оказания медицинских услуг

Руководство через Совет по качеству делегирует полномочия исполнителям Плана по управлению рисками, оказывая полную поддержку предложенной Программе:

1. Ежегодный обзор и утверждение Плана по управлению рисками
2. Проверка ежеквартальных и ежегодного отчетов о проделанной работе, оценку действий, рекомендации к дальнейшим действиям.
3. Гарантии необходимых ресурсов и поддержки Программе в целях поддержания необходимых медицинских услуг и безопасности

Б. Риск-менеджеры предоставляют отчет заместителю руководителя – председателю Совета по качеству. С целью интеграции данной программы с деятельностью администрации, заместитель руководителя тесно сотрудничает с отделом кадров, юристами, руководителями. Окончательная ответственность за выполнение деятельности по управлению риском лежит на руководителе МО.

В. Медицинский персонал

Медицинский персонал осуществляет:

1. Обзор и оценку качества предоставляемой помощи
2. Содействие в формировании ежеквартальных и ежегодного отчетов
3. Участие в разрешении спорных вопросов, касающихся качества предоставляемой помощи.

Г. Руководители отделов

Руководители отделов и отделений ответственны за предоставление безопасных условий лечения, организацию деятельности по контролю ресурсов в пределах своих полномочий. Взаимодействие с отделом службы внутреннего аудита осуществляется при обнаружении небезопасной обстановки, действий или потенциальных источников непрофильных затрат. Отдел службы внутреннего аудита предоставляет услуги по обучению, составлению процедур и правил, оценке индивидуальной результативности, связанной с вопросами управлениями рисками.

Д. Сотрудники

Весь персонал обязан выполнять функции риск-менеджеров на своем участке работы. Кроме того весь персонал должен стремиться поддерживать безопасные условия и предоставлять качественную медицинскую помощь, следуя инструкциям по безопасности, стандартам здравоохранения, правилам и процедурам, связанным с их функциональными обязанностями. Медицинский и немедицинский персонал обязаны докладывать любые инциденты, несчастные случаи (с травмами или без) риск-менеджерам.

Обучение:

Обучение является составной частью Программы. Сотрудники и врачи ориентированы на выполнение целей. Программы и осознают свою роль в этой программе. Персонал отдела службы внутреннего аудита обращается к руководителям подразделений по различным вопросам риск менеджмента. Руководители подразделений при необходимости проводят внутренние совещания, направленные на решение специфических задач по управлению рисками. Заведующие клиническими отделениями и руководители отделов ответственны за распространение информации по риск-менеджменту среди подчиненных.

- Внеплановая повторная госпитализация менее чем через 30 дней после выписки, по поводу осложнения основного заболевания или побочных эффектов от предыдущего лечения (исключение: повторные госпитализации при хронических заболеваниях)
- Летальность (исключения: смерть пациентов с хроническими заболеваниями,, у которых диагностированы терминальное состояние, болезнь в конечной стадии развития или угасание деятельности всех систем). Обзор случаев летальности включает также коррективную после заключения аутопсии
- Осложнения, например, эмболия легочной артерии, расхождение швов, перевод в другие отделения при возникновении ятрогенных осложнений от процедур и.т.д. (исключения: сопутствующие заболевания до поступления; гематомы, не требующие хирургического вмешательства; инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем, обсужденные и зафиксированные комиссией по инфекционному контролю)
- Внеплановое возвращение пациента в операционную, родильный блок, в течение данной госпитализации; повторные процедуры.
- Случаи аноксии, например остановка сердца или дыхания. (Исключения: смерть хронически больных пациентов, у которых диагностированы терминальное состояние, болезнь в конечной стадии развития или угасание деятельности всех систем)
- Травматизм пациентов;
- Отклонения в практике от руководств, правил, предписаний, норм или установленных процедур.
- Расхождение диагнозов (предоперационного, после операционного и патоморфологического)
- Трансфузии жидкостей при отсутствии показаний.

Управление рисками

Управление исками включает информирование и координацию потенциальных и настоящих претензий с отделом службы внутреннего аудита и юристами, эффективное исследование и составление документации, в целях подготовки к защите. Подготовка к судебным заседаниям является частью работы по управлению исками. Во время суда, юридический сектор контактирует с организацией, проводящей расследование и назначенными адвокатами. Риск-менеджеры, совместно с

юридическим сектором, осуществляют сбор информации и получают информацию о ходе подготовки к слушаниям. Заключительные отчеты предоставляются руководителю по всем исковым заявлениям. Начало и завершение любого процесса по урегулированию претензий находится в компетенции руководителя.

Контракты

Все контракты должны включать как юридическую, так и финансовую ответственность обеих сторон. Согласно предписаниям юридического сектора, контракты по профессиональным услугам должны отвечать требованиям безопасности и предоставлять гарантию от убытков. Все контракты должны заключаться в соответствии с законом.

Новые риски (доклады)

Риск-менеджеры несут ответственность за доклад о новых рисках и изменениях в рисках, в соответствии с принятыми процедурами и нормами.

Мониторинг результатов Программы проводит руководитель организации посредством Совета по качеству. Мониторинг осуществляется посредством:

1. Деятельности Совета по качеству и докладам
2. Анализа тенденций в текущей статистической информации и данных
3. Установлении правил и процедур, проверки и обзоров.
4. Внутреннего и внешнего опросов

Процесс мониторинга позволяет контролировать и координировать управление рисками в свете новой информации по вероятности убытков техники контроля и финансирования рисков.

Для подтверждения удовлетворительной работы Программы Совет по качеству производит оценку, ревизию и обзор программы на ежегодной основе, предоставляет материал на утверждение руководителя МО по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи

Оказание доступной квалифицированной помощи матери и ребенку в рамках государственной программы «Денсаулык» 2016-2020 годы КГП на ПХВ «Перинатальный центр города Семей» должен соответствовать стандартам стационара III

уровня оказания перинатальной помощи: по оснащению, штатам, квалификации персонала и диапазону оказываемых услуг.

1. Предотвращение материнской и снижение перинатальной смертности путем внедрения современных подходов с доказанной эффективностью в области охраны здоровья матери и ребенка.

2. В рамках ГОБМП помощь должна быть оказана в полном объеме.

3. Достигнуть удовлетворенности пациентом от оказанной медицинской помощи и обслуживания персоналом лечебного учреждения.

3. Получения удовлетворения персоналом лечебного учреждения от проделанной им работы.

4. Обеспечение Перинатального центра высокоспециализированными специалистами.

5. Постоянно повышать лечебно-диагностических процессов, изыскивать новые методы и технологии диагностики и лечения

6. Четко определить потенциальные области для улучшения оказания квалифицированной медицинской помощи матери и ребенку.

Задачи:

1. Найти корневые причины низких показателей каждого подразделения.

2. Выработать пути улучшения показателей и обслуживания пациентов.

3. Достигнуть требуемые показатели в индикаторах оценки качества медицинских услуг.

4. Продолжение внедрения международных программ, рекомендованных ВОЗ.

5. Эффективное и целевое использование ресурсов организации.

6. На местной базе чаще проводить мастер-классы, тренинги совместно с СГМУ.

7. Основные показатели.

№	Наименование	2017г	2018г	г. Семей	ВКО	РК
1	Всего родов	8192	8244	7763		
2	МРЖ	94- 11,3‰	82- 9,8‰	64-8,2‰		
3	Интранатальная гибель плода.	5	3	2 (доношен ные)		
4	Преэклампсии тяжелой степени.	152- 5,9%	197- 7,6%	213-2,7%		
5	Кесарево сечение при ПЭ тяжелой степени.	53- 38,6%	90- 55,9%			
5	Кровотечения связанные с ПОНРП и предлежанием.	99-3,8%	103- 4,0%	144-0,2%		
6	Атония матки	101- 3,9%	87-3,3%	177-2,2%		
7	Гистерэктомия	1-0,6%	9-0,3%	17-0,2%		

8	Кесарево сечение	1689- 20,6%	1971- 23,9%	1550-19,9%		
9	Плановые+запланирова нные кесарево сечения	273- 36,6%	378- 49,7%	539-34%		

Имеется случай интранатальной гибели плода при доношенной беременности.

При тяжелой приэклампсии высок процент родоразрешений путем операции кесарево сечения.

Индикаторы. (отклонения)

Согласно индикаторам имеются снижение по сравнению с желаемыми результатами такие показатели:Партнерские роды 74,8% (более 80%)Частота родов не на спине 80% (более 95%).Удельный вес детей нуждавшихся в реанимации -10% (менее 5%).

Детское отделение. Основные показатели

№	Наименование	2017 год		2018 год		г. Семей	ВКО	РК
			умерл о		умер ло			
1	Кол-во живорожденных х детей	8192	37	826 1	42			

2	Кол-во недоношенных	513		552					
	500-999	42	19	44	21				
	1000-1499	86	4	57	3				
	1500-2499	423	4	452	9				
	2500 и более	7661	10	7708	9				
3	РНС		18 - 2,2 %0		19- 2,3% 0				
4	ПНС с 7-28 дней		17- 2,1%0		20- 2,4% 0				
5	После 28 дней		2- 0,2%0		3- 0,4% 0				

Снижается младенческая смертность, но после выписки умерло от 7-28 суток , после 28 суток —.

Индикаторы. (отклонения)

По индикаторам: частота бронхолегочной

Отделение патологии беременных.

№	Наименование	2017 год.	2018 год.
1	Кол-во поступивших больных	6034	6583
2	Кол-во выписанных больных	1476	1565
3	Прерывание беременности по м/показаниям	15	16
4	Преэклампсия тяжелой степени		
5	С ПЭ тяжелой степени родоразрешены путем операции кесарево сечения		
6	Критическое состояние плода (УЗДГ)		
7	Из них умерло		
8	ЗВУР		
9	Из них умерло		

Увеличилось кол-во тяжелых ПЭ. Наряду с этим родоразрешение путем операции кесарево сечение также увеличивается - 50,2%

При критическом состоянии плода, ЗВУР высокие показатели перинатальной смертности.

Медико-генетический блок.

№	Наименование	2017 год.	2018 год.	2019 год
1	Всего консультировано в МГК	8009	8347	1967
2	Прервана беременность после ИПД	9	15	2
3	Прервана беременность после УЗИ	55	66	16
4	Всего родилось детей	7949	8142	1978
5	Родилось детей с ВПР	46	63	11
6	МРЖ с ВПР	-	1	-
7	Умерло до 1 месяца с ВПР	6	3	1

8	Пропущенные случаи б-ни Дауна	9	7	3
9	Пропущенные случаи ДНТ	-	4	-

Отклонения в индикаторах:

1 Уд. вес ВПР в структуре перинатальной смертности – в 2017- 6,5%, в 2018- 4,2%, в 2019- 4,1% значение должно стремиться к 0).

2 Охват пренатальным скринингом – в 2017г.- 85,3%, в 2018- 87,2%, в 2019- 86,4%

На основании анализа годовых отчетов, внутренних индикаторов, соответствия деятельности подразделений установленным стандартам в области здравоохранения выработаны мероприятия.

Таким образом необходимо:1.Снизить % кесарево сечений при преэклампсии тяжелой степени.

1. Увеличить партнерские роды.
2. Увеличить частоту родов на спине до 95 %.
3. По возможности как можно дольше пролангировать беременность ниже 34 недель беременности.
4. Снизить смерть детей после 28 суток жизни.
5. Своевременно выявлять ВПР плода и прерывать беременность до 22 недель беременности.
6. ИПД в группе риска по ВПР плода значительно увеличить.

Шығыс -Қазақстан облысы
денсаулық сақтау
Басқармасының «Семей
қаласының Перинаталдық
орталығы» ШЖҚ КМК



КГП на ПХВ «Перинатальный
центр города Семей»
Управления здравоохранения
Восточно-Казахстанской области

ХАТТАМА
14 декабря 2017г.
(дата)

ПРОТОКОЛ
№ 2

Семей қаласы

город Семей

Заседания производственного совещания

Председатель – Кусатаева А.С

Секретарь – Сағындық М.С

Присутствовали: 370 человек, список прилагается (лист присутствия)

ПОВЕСТКА ДНЯ

1.О рассмотрении и обсуждении Стратегического плана на 2018-2022г формировании миссии и ценностей, Политики и целей в области качества, этических норм поведения медицинских работников Перинатального центра.

Доклад директора Дайбекова А.К.

2. Подготовка к аккредитации центра до конца 2018 года.-ответственная зам.директора по контролю качества и стратегическому развитию Кусатаева А.С

ВЫСТУПИЛИ

1. **Дайбеков А.К.** О необходимости пересмотра правоустанавливающих документов и ввести корректировку в планы деятельности центра на 2018-2022 годы. Определение миссии, целей организации остается одной из основных задач медицинской организации и важнейшей составляющей стратегического планирования.

Представлен проект текста Миссии и корпоративных ценностей:

Наша миссия – содействие сохранению репродуктивного здоровья женщины и рождение здоровых детей путем повышения качества и безопасности медицинских услуг, внедрения эффективных перинатальных технологий, соответствия требованиям международных профессиональных и этических стандартов в области охраны здоровья материнства и детства.

Наши корпоративные ценности: Жизнь и Здоровье наших пациентов, Доверие, Команда, Культура, Уважение, Совершенствование.

Видение: Статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения позволит центру внедрить новые методы и формы оказания медицинской помощи, улучшить материально-техническое оснащение, повысить корпоративный дух коллектива в достижении цели, получение самостоятельности в принятии решений. Мы будем всегда в числе лидирующих медицинских организаций Республики Казахстан, оказывающих специализированную родовспомогательную помощь.

Мы создадим - доступную и эффективную медицинскую помощь в ВКО отвечающую самым передовым достижениям современной медицины, диагностики и лечения.

Мы стремимся:

- к лидерству в разработке и внедрении инновационных медицинских технологий;
- к достижению безупречной репутации и высокого доверия пациентов к качеству оказываемых Перинатальным центром медицинских услуг;

- к устойчивому успеху посредством командной работы;
- профессионализм;
- соблюдение лучших традиций отечественной медицины в сочетании с передовыми достижениями мировой медицинской науки и практики, использование современных управленческих технологий, высокотехнологичных ресурсов, высокой корпоративной культуры и этики.

Мы будем всегда:

- работать на благо общества;
- гордостью своей страны.

2. Кусатаеву А.А - О подготовке к аккредитации Перинатального центра по разработанному руководству 3 пересмотра, а также внесенным корректировкам по долгосрочному плану, целям, задачам и стратегии для осуществления работы центра и по индикаторам (краткий отчет).

ПОСТАНОВИЛИ

1. Утвердить Стратегический план на 2018-2022гг. с учетом корректировок.
2. Принять Политику в области качества Перинатального центра.
3. Составить план по подготовке к аккредитации КГП на ПХВ «Перинатальный центр г Семей» -ответственная зам директора по контролю качества и стратегическому развитию Кусатаева А.А

Председатель - Кусатаева А.С

Секретарь - Сагындык М.С