

**«Утверждаю»**  
**Директор КГП на ПХВ**  
**«Атырауская городская поликлиника №7»**  
**\_\_\_\_\_ Айдаралиев С.Ж**

**СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН**  
**КГП на ПХВ « АТЫРАУСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 7»**  
**на 2018 – 2021 годы**

## Содержание стратегического плана

### **ЧАСТЬ 1.ВВЕДЕНИЕ**

**1.1. Миссия**

**1.2 Видение**

**1.3 Ценности и этические принципы**

### **ЧАСТЬ 2. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ**

**2.1 Анализ факторов внешней среды**

**2.2 Анализ факторов непосредственного окружения**

**2.3 Анализ факторов внутренней среды**

**2.4 SWOT-анализ**

**2.5 Анализ управления рисками**

### **ЧАСТЬ 3 СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ЦЕЛИ И ЦЕЛЕВЫЕ ИНДИКАТОРЫ**

**3.1 Стратегические направления 1 (финансы)**

**3.2 Стратегические направления 2 (клиенты)**

**3.3 Стратегические направления 3 (обучение и развитие персонала)**

**3.4 Стратегические направления 4 (внутренние процессы)**

### **ЧАСТЬ 4 НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ**

## ЧАСТЬ 1. Введение

**1.1. Миссия:** Оказание качественной медицинской помощи населению на основе современных технологий, участие в улучшении жизни населения, достижения высокого уровня за социальной справедливости, уюта и понимания

**1.2 Видение:** Государственное коммунальное казенное предприятие «Городская поликлиника №7» начала свою деятельность 10.01.2011 года согласно решению Атырауского областного акимата. Поликлиника была построена в рамках реализации госпрограммы «100 школ, 100 больниц». Это единственная типовая поликлиника, мощностью 500 посещений в смену, состоит из 2 корпусов для приема взрослого и детского населения отвечающих всем санитарным требованиям и нормам. 36744 прикрепленного населения, из них взрослое население – 23825 , дети и подростки – 12949, обслуживает прикрепленное население 66 врач и 147 СМР. Медицинская помощь организована по принципу социально-ориентированная профилактическая помощь и государственная услуга: запись вызова врача на дом и на прием, регистр прикрепления населения, в том числе в онлайн режиме Доступность и качество оказания первичной медико-санитарной помощи, направленные на реализацию концепции «Безбумажная больница» и «Поликлиника без очереди». расположенная по адресу г.Атырау, мкр.Алмагуль 35.

Система первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) организована на основе центра семейного здоровья, с оказанием помощи врачами общей практики (ВОП). Внедрение передового опыта основанных на международных стандартах – создание координационного центра «Забота о пациенте» с оказанием социально-психологической помощи психологами и социальными работниками, клуб пожилых «От сердца к сердцу», школы «Здоровья», кабинет здорового образа жизни и антитабачный центр. Развитие сестринского дела, - делегирование частичной функции врача ПМСП на 2 и 3 медсестры участка. Для развития стационаророзмещающей технологии работает дневной стационар на 70 коек и стационар на дому. В рамках Единой национальной системы здравоохранения в электронном формате функционируют регистр прикрепление населения, АИС-поликлиника, АПП, онкорегистр, регистр беременных и диспансерных больных, портал «Бюро госпитализации» и др программы. Внедрена дифференцированная оплата медработников ежеквартально.

Организована неотложная медицинская помощь прикрепленному населению в часы работы поликлиники с 08-00 до 20-00 часов, с автоматизированной системой управления «АДИС», которая позволяет улучшить оперативность работы, уменьшает время доезда до больного, производит контроль за работой бригады, соответственно улучшает качество оказываемой медицинской помощи.

Оснащение компьютерной техникой - 85%, 100% доступ к сети интернет.

Работает система внутреннего аудита, по принципу «Здесь и сейчас» работает телефон доверия **46-74-16**.

Сочетание потенциала современной, передовой материально-технической базы , организованный менеджмент и забота о здоровье пациента обеспечит населению:

-Формирование здорового образа жизни.

-Профилактику заболеваний.

-Доступную и качественную медицинскую помощь.

-Деятельность поликлиники, оказывающей ПМСП, построена по территориальному принципу с целью обеспечения доступности медицинской помощи гражданам по месту их жительства и прикрепления с учетом на право свободного выбора медицинской организации.

Развивается общая врачебная практика в медицинской организации с 2015г . Квалификация врачей общей практики, так как в настоящее время врач общей практики приспособлен к работе по терапевтическому профилю и по педиатрическому профилю. Среднее количество населения – 2200. В настоящее время работаем по разукрупнению участков до 1800 населения.

#### **1.4 Ценности и этические принципы**

**Основная цель поликлиники-** оказание первично медико- санитарной помощи прикрепленному населению.

*Служение пациенту:*

- восприятие пациентов и их семей как партнеров в процессе лечения;
- обеспечение пациентам доступа к информации о характере, диагностике и лечении заболеваний, содействие пациентам в их стремлении быть информированными участниками в принятии решений, затрагивающих их здоровье и благополучие;

*Приверженность качеству:*

- непрерывное стремление к высокому качеству услуг;
- постоянное совершенствование всех процессов, обеспечивающих качество предоставляемых медицинских услуг: повышение квалификации всего персонала поликлиники, качество обслуживания, использования новейших медицинских технологий;

*Профессионализм*

- Придерживаться самых высоких стандартов профессионализма, этики и личной ответственности, достойной высокого доверия наших пациентов. Высокое качество медицинских услуг, соответствие стандартам, комплексный подход не к болезни, а к каждому пациенту.

### *Наставничество*

- приобретение молодыми специалистами необходимых профессиональных навыков и опыта работы, а также воспитание у них требовательности к себе и заинтересованности в результатах труда, повышение профессионального мастерства и уровня компетенции молодых специалистов (врачей, медицинских сестер) в первые годы их работы в медицинской организации, овладение нормами медицинской этики и деонтологии, повышение культурного уровня, привлечение к участию в общественной жизни организации.

### *Работа в команде*

- Понимать и поддерживать вклад каждого сотрудника в общее дело команды. Стремиться к наивысшим результатам, высокому качеству услуг через целенаправленные усилия каждого члена команды.

## **ЧАСТЬ 2. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ**

Мощность поликлиники рассчитана на 500 посещений в смену, фактическая – 651. Прикрепленное население – 37068, в т. ч. взрослого населения – 24376 из них женщин – 19096, в т.ч. ЖФВ – 10050, подростков – 1190, детей – 11502.

Уровень категоричности: врачей 28,7%, мед.сестер – 26,7%, Снижение категоричности обусловлено отсутствием стажа работы для прохождения аттестации. Уровень оснащенности СУМТ - 76,99%.

Средняя численность прикрепленного населения на участке - **2200**, доукомплектовано соотношением ВОП/СМР 1:3.

Анализ последних лет деятельности медицинской организации в медико-демографической ситуации и показателях, характеризующих здоровье населения, показал следующую динамику:

**Общая заболеваемость** Рост общей заболеваемости на 17% от 18370 до 22146. Рост первичной заболеваемости на 7,7%, с 30304,5 (2014) до 31470,2 в 2016 году:

**При анализе первичной заболеваемости среди взрослого контингента :**

- 1 место- болезни системы кровообращения –15,09%
- 2 место- болезни органов дыхания –14,6%
- 3 место- болезни органов пищеварения – 14,5%

- 4 место мочеполовая система - 12,3%

**При анализе заболеваемости среди подростков:**

- 1 место- заболевания органов дыхания – 59%
- 2 место- заболевания органов зрения– 4,6%
- 3 место- травма –4,0%
- **При анализе заболевания среди детского контингента:**
- 1 место- болезни органов дыхания –68,6%
- 2 место- болезни органов пищеварения - 5,7%
- 3 место- болезни глаза –2,5%

**Медико-демографическая ситуация:**

1.Уровень рождаемости населения 2014 – 2016 гг.

2014 - 1043 - 28,5‰

2015 - 1013- 28,1‰

2016 – 1007 -27,6‰

Снижение уровня рождаемости населения с 2014-2016 года с 28,5 до 27,6 на 1000 тыс.населения в 2016 году .

2.Показатель смертности 2014- 2016 гг.

2014 -116 - 3,0

2015 – 136 - 3,7

2016 – 129 - 3,5

В структуре общей смертности на первом месте болезни системы кровообращения – 24%, на втором – ЗНО – 17%, , на третьем - болезни органы пищеварения – 7,7%, , на четвертом месте травмы и отравления – 7,7 %.

Структура смертности

**Причины роста общей смертности:**

-Неполный объем профилактических мероприятий среди диспансерных больных, недостаточный контроль за базисной терапией.

- Для снижения показателя общей смертности ежемесячный мониторинг патронажной работы среди лиц 65 лет и старше с целью улучшения качества жизни, с охватом контролируемой лекарственной терапией на амбулаторном этапе и обучения ухаживающих лиц навыками реабилитации.

**Показатель материнской смертности -0 случаев.** Материнской смертности не зарегистрировано .

3. Коэффициент естественного прироста населения 2014 – 2016 гг.

2014 -927 – 25,5

2015 – 877 – 24,4

2016 – 878 - 24,1

**В медико-демографической ситуации поликлиники отмечена следующая динамика:**

Снижение показателя смертности 2015-2016 гг с 3,7 до 3,5 в 2016 .Общая смертность снизилась на 5,4%.

Естественный прирост уменьшился с 25,5 до 24,1 т.е на 5,4% за счет снижение общей смертности и рождаемости.

Ожидаемая продолжительность жизни населения увеличилась с 2014-2016 год с 68,4 до 66,9-71,2.

### **Показатель Младенческой смертности**

2014 - 12,4‰

2015 - 7,8‰

2016- 5,9‰

Отмечается достижение индикатора младенческой смертности. В течение 2 года сохраняется тенденция к снижению младенческой смертности. (по Меморандуму – 8,53), Республиканский показатель - 8,8

**Структура младенческой смертности за 2015 - 2016 года**

год	Всего родил	Всего умерло	Перинатал патология(СД Р)	ВПР	Пневмония	Несчастный случай (механическая асфиксия)	Инфекционные заболевания
2014	1043	13-12,4‰	9-69,2%	2-15%	1-7,6%	1-7,6%	
2015	1013	8 – 7,8‰	7-87,5%	1 -12,5%			
2016	1007	6- 5,9%	4-66,6%	1- 16,6%			1-16,6%

В структуре младенческой смертности равное место занимает перинатальная патология, на втором месте - ВПР. Анализ разбора случаев перинатальной смертности показал, что при проведении скрининга беременных на выявление ВПР страдает качество выявления ВПР, что приводит к рождению больных новорожденных с комбинированными, тяжелыми пороками развития. Рост смертности от перинатальной патологии зависит от проведенной предгравидарной подготовки женщин, оздоровления диспансерной группы ЖФВ, проведенных профилактических мероприятий по преждевременным родам, качественной работы кабинета планирования семьи.

**Анализ индикаторов смертности от БСК  
Показатель смертности от БСК ( на 100 тыс. населения) 2014-2016гг.**

	2014 год	2015 год	2016 год
ГП№7	43 – 121,7	57-158,4	31-85,0

Рост смертности от БСК в 2015г. с 121,7 до 158,4. За период 2015-2016гг. отмечается снижение смертности от БСК с 158,4 (57) до 85,0 (31) Смертность за счет смертности от ЦВБ, в возрастной категории старше 70 лет.

Снижение смертности от ЦВБ на 13,9% , от ИБС на 10%, ОНМК с 13,8% до 13,5%, ОИМ с 9,6% до 7,8%.

**Анализ заболеваемости БСК**

Отмечается Рост заболеваемости БСК на 36% , с 1641,7 до 2574,9. Процент выявляемость на ЦПО составил 5,2% . Из них с АГ-182 и ИБС-10.

В результате реализации дорожной карты ИМ динамика показателей в 2016гг.:  
-Снижение заболеваемости ОИМ на 2,9 % с 21 случаев до 17 случаев, Трудоспособного возраста ИМ - 5 (29,4%), нетрудоспособного – 12- 70,5%. Состояли на учете Д учете 13 ( 76,4%). Все прошли реабилитацию в ОКЦ. Смертности от ОИМ не зарегистрировано.

**Анализ исполнения дорожной карты по снижению смертности от острого нарушения мозгового кровообращения.**



Отмечается снижение заболеваемости ОНМК на 10,2% с 99,0 (35 сл) до 74,1 (27).

Из них ишемический 21, геморрагических-8. На «Д» учете состояло- 23 чел.-85,1%

Снижение смертности от ОНМК на 4,8% с 45,2 (16сл) до 35,6 (13сл), из них на дому 6 сл, в стационаре-7 сл.. Из них трудоспособного возраста- 4 человека. На «Д» учете состояло- 9 чел.-69,1%

Индикатор смертности от ОНМК в течении месяца после выписки на дому не зарегистрировано.

Реабилитация после ОНМК - Пролечено в стационаре на дому-13, дневной-14. ЛФК, массаж – 14 человек в реабилитационном центре при поликлиники.

### **Пути решения снижения смертности от БСК:**

1. Ежемесячный анализ причин смертности с разбором и принятием мер по устранению выявленных дефектов в оказании медицинской помощи населению.
2. Ежемесячный мониторинг лекарственного обеспечения диспансерной группы БСК.
3. Ежеквартальный анализ проведения оздоровления лиц диспансерной группы, в т.ч. лиц старше 65 лет с активным патронажем СМР, социальных работников.
4. Запланировано ежемесячное активное выявление лиц из группы риска (состоящие на «Д» учете с БСК)
5. Ежедекадный мониторинг своевременной постановки на диспансерный учет лиц, перенесших инсульт, инфаркт.
6. Активизировать работу «Школы больных с Артериальной гипертензией» с обязательным охватом вновь выявленных больных.

### **Анализ индикатора заболеваемости и смертности ЗНО за 2014-2016гг. Показатель заболеваемости от ( на 100 тыс. населения) 2014-2016гг.**

	2014 год	2015 год	2016 год
ГП№7	124-350,9	157-436,4	187-513,3

Рост заболеваемости злокачественными новообразования от 350,9 до 513,3.

### **Показатель смертности от ЗНО ( на 100 тыс. населения) 2014-2016гг.**

	2014 год	2015 год	2016 год
ГП№7	16-45,2	26-72,2	22-60,3

Рост смертности от ЗНО с 45,2 до 60,3

По итогам 2016 года достигнута положительная динамика в показателях дорожной карты онкологической службы:

- Рост показателя ранней диагностики - от 73,4% до 89,3%
- Рост ранней выявляемости 1-2 стадии с 81,6% - 95,7%;
- Достижение индикатора 5 летней выживаемости - 39,4%, не достигнут индикатор.
- Уменьшение удельного веса запущенных случаев ЗНО – с 18,3 до 4,2%
- Увеличение заболеваемости ЗНО с 350,9 до 513,3 за счет ежегодного скрининга, профилактической и санитарно-просветительной работы среди населения. По итогам 2016 года отрицательная динамика показателей смертности от ЗНО с 45,2 до 60,3.

#### Показатель 5 летней выживаемости 2014-2016гг.

	2014 год	2015 год	2016 год
ГП№7	41,6	40,0	39,4

Рост 5 летней выживаемости с 41,6 до 39,4, одновременно снижение 5 летней выживаемости по сравнению периода 2015-2016г.г на 5,2%

За 2014-2016 г.г увеличен охват на уровне первично обратившихся на уровне смотровых кабинетов:

-женских смотровых из подлежащих 5520 осмотрено 4164, что составило 75,4%, что выявило патологии-231-5,5%.

-в мужских смотровых кабинетах осмотру подлежало 3560, из них осмотрено 2171, что составило 60,9%. Выявлено патологии- 73- 3,3%

Следующим важным направлением является профилактический осмотр населения 65 лет и старше, так как из всех выявленных патологии 1,6% относится к данной возрастной категории. Всего 65 лет и старше подлежало осмотру 1665, осмотрено-789-47,3%, выявляемости на уровне смотровых кабинетов 36 случаев (ДНО-27, другие- 9)

### **Проблемы и пути решение по ранней выявляемости ЗНО:**

Не полный охват в женских, мужских смотровых кабинетах, категория 65 лет и старше, что может привести к запущенным случаям среди не осмотренных. В связи с чем на 2017 год повысить охват осмотром до 90% прикрепленного населения, с последующим инструментальным обследованием группы риска.

1. Продолжить скрининг целевых групп на выявление РШМ, РМЖ, КРР, рак печени, предстательной железы, с целью раннего выявления онкологической патологии (в течение года); Согласно по дорожной карте.
2. Проводить анкетирование и осмотр населения в возрастной группе 50-80 лет с целью раннего выявления ЗНО.
3. Усилить патронажную работу среди групп риска с предопухолевыми заболеваниями, строгое исполнение Приказа № 885 с целью не допущения ЗНО.

### **Показатель заболеваемости и смертности туберкулезом Показатель заболеваемости от туберкулеза (на 100тыс.населения) 2014-2016гг.**

	2014 год	2015 год	2016 год
ГП№7	35-99,0	20-55,6	15-41,1

Снижение заболеваемости активным туберкулезом на 58,4% с 99,0 (35сл) до 41,1 (15сл), не зарегистрировано ни одного случая запущенного туберкулеза.

### **Показатель смертности от туберкулеза (на 100тыс.населения) 2014-2016гг.**

	2014 год	2015 год	2016 год
ГП№7	-	-	-

Не зарегистрировано ни одного случая смертности от туберкулеза.

### **Анализ показателя смертности от травм, несчастных случаев и отравлений за период 2014-2016г.г.**

	2014 год	2015 год	2016 год
--	----------	----------	----------

ГП№7	6-16,9	9-25,0	8-21,9	<b>Показатель от травм,</b>
<b>смертности</b>	<b>несчастных случаев и отравлений (на 100тыс.населения) 2014-2016гг.</b>			

Отмечается снижение смертности от травм, несчастных случаев и отравлений с 25,0 до 21,9 в 2016г. Приоритетной задачей является дальнейшее снижение показателя смертности от травм и отравлений путем улучшения работы соцработников и психолога с лицами, склоненными к суицидам и усиление работы по межведомственному взаимодействию. Ответственность за проведение данных мероприятий на 2016г. возложена на заведующую отделением профилактики и социально-психологической помощи совместно с заведующими ЦСЗ.

В рамках внедрения Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) количество больных получивших стационарозамещающую помощь составило 2247 больных, из них дневной стационар - 2061, стационар на дому-186

Рост количества пролеченных больных связано с оздоровлением лиц (с БСК, циррозами печени) с высоким КЗГ,

Ранговые места занимают:

БСК – 664- 29,5%

Болезни КМС– 367- 16,3%

Болезни органов дыхания 328 – 14,5%.

Анализ работы показывает, что есть возможность увеличить количество пролеченных больных в условиях стационарозамещающего лечения до 2500, а также за счет расширения стационара на дому, в том числе для лиц преклонного возраста.

#### **Анализ госпитализации за 2014-2016 гг.**

Снижение госпитализации в круглосуточные стационары . 2014 год – 618, 2015г-529, 2016г-.573. Направлено за 2016 год 618 человек, но имеются случаи направлений с дефектов -7,2% (45ч.), что говорит о недостаточном качестве работы ВОП и профильных специалистов с пациентами. Наибольший процент дефектов составляет: наличие противопоказаний к госпитализации – 17 чел- 37,7% в основном связано с детьми в зимний период (признаки

простуды в день госпитализации, ветряной оспы) и экстренным поступлением кардиологических больных, в единичных случаях беременные.

### Проблемы

1. Миграция населения (квартиранты, студенты, введение новых жилых домов в микрорайоне Алмагуль). Неполный охват диспансеризации (не солидарное отношение к своему здоровью, непонимание к последствиям заболевания — осложнения. Низкая онконастороженность. Несвоевременное взятие на «Д» учет ЖФВ.

2. ВОП не в полном объеме проводятся активы на дому больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, нет дальнейшего наблюдения. Особенно БСК подобранное базисное лечение не соблюдается пациентами. Д группа слабо информированы о возможных осложнениях, о причине смертности от БСК.

4. Не достигли целевых индикаторов: 5-летней выживаемости от ЗНО и рост заболеваемости от ЗНО.

5. Имело место недостаточная эффективная работа доврачебных и смотровых кабинетов.

**2.1. Анализ факторов внешней среды:** По данным ВОЗ здоровье человека на 50% зависит от образа жизни (социально-экономические факторы, уровень образованности, приверженность к вредным привычкам, ведение здорового образа жизни и другие); до 20% уровень здоровья зависит от состояния окружающей среды.

По результатам проведения профилактических медицинских осмотров путем скрининговых обследований мужчин и женщин в 2016 году ведущих факторов риска приходится почти 60% общего бремени хронических заболеваний: табакокурение (10,5%), потребление алкоголя в опасных дозах (6,2%), повышенное артериальное давление (4,3%), гиперхолестеринемия (9,6%), избыточная масса тела (27,3%), недостаточное потребление фруктов и овощей (2,5%), низкая физическая активность (2,95%).

В настоящее время причинами низкого уровня здоровья населения являются недостаточная информированность и мотивация населения в вопросах ведения здорового образа жизни и профилактики заболеваний, здорового питания.

Кроме того, на состояние санитарно-эпидемиологической ситуации могут влиять следующие внешние факторы: напряженная эпидемиологическая ситуация по распространению особо опасных инфекций в приграничных странах и государствах, имеющих прямое транспортное сообщение с Казахстаном; вступление Казахстана в Таможенный союз.

### **2.2 Анализ факторов непосредственного окружения:**

## **Лекарственная политика**

1. Обеспечение перехода на международные стандарты по производству, хранению и реализации ЛС
2. Расширение амбулаторного перечня ЛС и перераспределение финансирования в сторону увеличения амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО);
3. Совершенствование системы ценообразования и механизм закупа ЛС;
4. Формирование и развитие Казахстанского национального лекарственного формуляра (КНФ);
5. Обеспечение рационального использования ЛС и внедрение ресурсосберегающих технологий;

Реализация межгосударственной поддержки обращению ЛС и ИМН отечественного производства

## **Внедрение ОСМС**

1. Участие в формировании средств ОСМС
2. Работа с населением по определению статуса
3. Участие в формировании государственного заказа через фонд ОСМС по ГОБМП
4. Улучшение условий труда работников с приведением к нормам СНиП
5. Повышение заработной платы медработникам путем стимулирования по конечному результату оказания медицинских услуг
6. Увеличение расходов на медицинское образование-переподготовка специалистов, ВОП для освоения смежных профессии необходимых для поликлиники.
7. Включение в тариф амортизации основных средств с ежегодным увеличением подушевого тарифа

## **2.3 Анализ факторов внутренней среды:**

- недостаточная эффективность проводимых профилактических осмотров и ранней диагностики; недостаточное внедрение новых методов и протоколов диагностики, лечения и реабилитации заболеваний, основанных на доказательной медицине.
- низкая квалификация медицинских работников, в том числе и СМР;
- недостаточный уровень внедрения системы прогнозирования, оценки и управления рисками;
- загруженность медицинских кадров участковой службы;
- отток, текучесть медицинских кадров, дефицит кадров, а также неготовность и неподготовленность участковой службы перехода к общей врачебной практике;
- несоблюдение этапности в ведении пациентов;

## 2.4 SWOT-анализ:

Сильные стороны	Слабые стороны
<p>1. Политическая поддержка государства на самом высоком уровне и гарантия исполнения взятых социальных обязательств.</p> <p>2. Локальная интернет – связь, высокоскоростной широкополосный интернет, ID –фон связь.</p> <p>3. 100% обеспечение интернетом.</p> <p>4. Единственная типовая поликлиника построенная в 2011 году в г. Атырау, оснащенная современными технологиями.</p> <p>5. Стабильное финансирование по госзаказу.</p> <p>6. Обучение бухгалтеров и экономистов по МСФО. Работа по программе «1С» - бухгалтерия.</p> <p>7. Оказание платных медицинских услуг с целью получения дополнительного дохода.</p> <p>8. Страхование сотрудников по системе ОСМС.</p> <p>9. Реабилитационное отделение.</p> <p>10. Типовой дневной стационар на 70 коек.</p> <p>11. Доступность современных медицинских технологий и высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП) для прикрепленного населения.</p> <p>12. Работа коллектива согласно стандартам системы аккредитации.</p> <p>13. Лекарственное обеспечение населения РК в рамках ГОБМП в соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»</p>	<p>1. Недостаточное качество оказываемых медицинских услуг за счет низкой квалификации врачебного персонала.</p> <p>2. Низкая заработная плата работников медицинского персонала.</p> <p>3. Неполное соблюдение стандартов и протоколов диагностики лечения.</p> <p>4. Недостаточная категоричность врачей, за счет молодых специалистов.</p> <p>5. Отсутствие механизмов солидарной ответственности за здоровье</p>
Возможности	Угрозы
<p>1. Возможность привлечения высокоспециализированных специалистов.</p> <p>2. Расширение стационарозамещающей помощи.</p> <p>3. Повышение качества контроля соблюдения бюджетного законодательства и формирование системы внутреннего аудита.</p>	<p>1. Экономический кризис</p> <p>2. Текучесть кадров</p> <p>3. Появление конкурентов при ОСМС</p> <p>4. Наличие в городе современных частных клиник, оснащенные современными оборудованием и имеющие</p>

<p>4. Возможность приобретения медицинского оборудование в лизинг.</p> <p>5. Строительство ВА в мкр. Кара депо. /7км/</p> <p>6. Повышение квалификации кадров.</p> <p>7. Открыть ЦАХ</p> <p>8. Создать педиатрических участков с количеством 500 детей до 6 летнего возраста.</p> <p>9. Делигирование медицинских сестер на некоторые полномочий врача</p> <p>10. Создать круглосуточное дежурства при поликлинике для оказания неотложной помощи пациентам по 4 категории</p> <p>11. Быть центром «Лучшей практики ПМСП»</p> <p>12. Создать по реализации Дорожной карты «Первичный центр психического здоровья»</p> <p>13. Внедрение сервис «Электронная очередь»</p> <p>14. Улучшение материально-технической базы: приобретение цифрового рентген аппарата, маммографа, тредмил-теста, КТГ, фототерапии</p>	<p>высокооплачиваемых специалистов.</p> <p>5. Рост неинфекционных заболеваний.</p>
---	--



## 2.5 Анализ управления рисками:

Наименование возможного риска	Цель, на которую может повлиять данный риск	Возможные последствия в случае неприятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по устранению рисками	Фактическое использование мероприятий по управлению рисками	Причины неисполнения
<b>Внешние риски</b>					
Возникновение дефицита бюджета вследствие неэффективного управления	Расширение объемов и видов качественных медицинских услуг для пополнения бюджета, увеличение стоимости одного пролеченного случая в дневном стационаре и подушевого норматива	Вероятность уменьшения заработной платы, отсутствие экономии денег для дифоплаты работников и др целей	Разработка Стратегического плана на 2017-2021 годы	Использование по плану, по бюджетной программе	
Снижение качества предоставляемых медицинских услуг	Соблюдение применение клинических протоколов, улучшение доступности медицинских услуг	Неудовлетворенность пациентов, наличие жалоб от пациентов, убыточность предприятие	Привлечение квалифицированного медицинского персонала, систематическое повышение уровня квалификации	Соблюдение КП, план повышение квалификации, бережливое отношение к ресурсам	
Отсутствие мотивации для руководящего состава	Эффективная работа руководителя	Неудовлетворенность персонала	Создание корпоративного управления в коллективе	Реализация управления кадровых ресурсов здравоохранения	
<b>Внутренние риски</b>					
Отсутствие	Своевременное	Некачественная	Оснащение	Формирование	

современного медицинского оборудование для оказания квалифицированной медицинской помощи	оснащение необходимыми медицинскими приборами и оборудованием и обучение медицинского персонала	медицинская помощь населению и неудовлетворенность пациентов, наличие жалоб пациентов	своевременным медицинским оборудованием	системы планирования, закупка и мониторинг для принятия решений.	
Слабая мотивация медицинского персонала	Эффективная работа медицинского персонала, применение дополнительных методов мотивации (дифференциация, премии)	Неудовлетворенность пациентов, наличие жалоб пациентов	Внедрения эффективного планирования обучаемого персонала	Создать ежегодный план обучения, активное изучение мнения сотрудников путем проведения анкетирования, индивидуального собеседования.	
Недостижение показателя 5-летней выживаемости	Недостижение индикатора меморандума	Рост смертности от ЗНО	Составить план по достижению данного индикатора	Ежемесячный мониторинг по достижению данного индикатора	
Недостижение показателя младенческой смертности	Недостижение индикатора меморандума	Рост младенческой смертности и снижение рождаемости	Составить план по достижению данного индикатора	Ежемесячный мониторинг по достижению данного индикатора	

### ЧАСТЬ 3 СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ЦЕЛИ И ЦЕЛЕВЫЕ ИНДИКАТОРЫ

**Цель:** Центральное значение для анализа внутренних процессов имеет определение ценностной цепи организации, состоящей из трех главных процессов: инновации, производственные процессы, сервисное обслуживание клиентов. ПМСП станет центральным звеном в системе организации оказания медицинской помощи населению с изменением ее

взаимодействия с горизонтальными (амбулаторно-поликлинические) и вертикальными (психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и др.) профильными службами.

Дальнейшее улучшение медицинской помощи на уровне ПМСП с возможностью поэтапного увеличения перечня лекарственных средств для бесплатного амбулаторного лечения.

Основой обеспечения доступности медицинской помощи станет развитая система поликлиники, в основной доле представленная общей врачебной практикой (далее - ВОП), и оказывающая широкий спектр медицинских услуг.

### 3.1 Стратегические направления 1 (финансы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек год (2016)	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
	Целевые индикаторы									
1	Рентабельность активов (ROA)	%		Гл бухгалтер, экономист	0	0				
2	Просроченная кредиторская задолженность	%	Данные 1С	Гл бухгалтер	----	----	----	----	----	----
Задачи										
	Показатели результатов									

### 3.2 Стратегические направления 2 (клиенты)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек год (2016)	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021

Целевые индикаторы										
1	Индекс здоровья населения	%	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	35%	38%	39%	40%	41%	42%
2	Уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг	%	Анкетирование, индивидуальный опрос	Зам директора по качеству мел услуг	80%	85%	90%	93%	95%	98%
3	Отсутствие обоснованных жалоб	Количество	Данные ОГ	Внутренний аудит	---	---	---	---	---	---
4	Наличие аккредитации медицинской организации	Да/нет		Директор	да	---	1	---	---	---
Задачи										
Показатели результатов										
1	Общая смертность	на 1000 населения	Данные стат кабинета	Зав стат кабинета	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0
2	Материнская смертность	на 100000 родившихся живыми	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	---	---	---	---	---	---
3	Младенческая смертность	на 1000 родившихся живыми	Данные стат кабинета	Зав стат кабинета	5,9‰	5,9‰	5,9‰	5,8‰	5,7‰	5,6‰
4	Смертность от БСК	на 100000 населения	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	85,0	60,0	55,0	50,0	45,0	40,0
5	Смертность от туберкулеза	на 100000 населения	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	---	---	---	---	---	---
6	Смертность от злокачественных новообразований	на 100000 населения	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	60,4	59,2	55,2	50,0	48,0	45,4

7	5-летняя выживаемость больных с злокачественными новообразованиями	%	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	39,4	41,0	44,5	48,3	50,0	50,8
8	Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (1- 2 ст)	%	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	24,0	40,0	45,0	50,0	52,0	54,0
9	Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений	На 100000 населения	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	6,2	6,2	6,1	6,0	5,9	5,8
10	Заболеваемость туберкулезом	На 100000 населения	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	41,1	41,1	41,0	40,0	39,9	39,8
11	Число прикрепленного населения на ВОП	чел	Ведомственная статистическая отчетность	Зав стат кабинета	2200	2000	1800	1700	1600	1500
12	Уровень ожидаемой продолжительности жизни	лет	Данные стат кабинета	Зав стат кабинета	70	70,2	70,3	70,5	70,6	71
13	Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет	На 100000 населения	Данные стат кабинета	Зав стат кабинета	0	0	0	0	0	0
14	Показатель превичного выхода на инвалидность	На 10 тыс населения	Стат отчет	Стат отчет	14,0	14,0	13,7	13,2	12,7	12,0

### 3.3 Стратегические направления 3 (обучение и развитие персонала)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек год (2016)	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
	Целевые индикаторы									
1	Текучесть производственного персонала (врачи. СМР)	%	Данные СУР	Отдел кадр	3%	2,8%	2,6%	2,5%	2,4%	2,3%
2	Уровень удовлетворенности медицинского персонала	%	Анектирование, индивидуальное собеседование	Зам директора по качеству и лечебной работе	70%	85%	95%	96%	97%	98%
3	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку	%	Данные СУР	Отдел кадр	43%	66,6%	80%	85%	100%	100%
4	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	Данные ОК	Директор, отдел кадр	85%	88%	89%	90%	100%	100%
5	Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике	соотношение	Данные с 1С	Гл бухгалтер, экономист		1,0	1,1	1,2	1,3	1,4
Задачи										
	Показатели результатов									
1	Доля врачей ВОП в общем числе врачей ПМСП	%	Данные СУР	Директор	22%	24,2	27,5%	30,4%	33,3%	36%
2	Увеличение	%	Статданные	Отдел кадр	28%	38%	50%	58%	65%	70%

удельного веса врачей, имеющих первую и высшую квалификационную категорию										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 3.4 Стратегические направления 4 (внутренние процессы)

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек год (2016)	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
	Целевые индикаторы									
1	Время ожидания приема к узким специалистам в рамках ГОБМП	%	Данные КазМедИнформ	Зав отделение, старший регистратор	3 дня	2 дня	2 дня	1 день	1 день	1 день
2	Доля пролеченных по СЗТ из всеобщего объема ГОБМП	%	Статданные	Зав стат кабинета	1,0%	1,2%	1,3%	1,4%	1,5%	1,6%
Задачи										
	Показатели результатов									
1	Сервисное обслуживание пациентов: «Электронная очередь», информационное табло, сигнальные стрелки, терминал записи	Да/нет	Статданные	Регистратура	---	да	да	да	да	да
2	Введение электронного	%	Данные КазМедИнформ	Все врачи	0	5	50	80	90	100

	паспорта здоровья									
3	Увеличение объема пролеченных случаев в дневном стационаре	случай	Данные стат кабинета	Зам директора по лечебной работе	2247	2500	2580	2645	2695	2700

#### 4. РЕСУРСЫ

№	Ресурсы	Ед.измерения,	Факт тек.года 2016	План (годы)				
				2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Финансовые всего, в том числе:							
	Цель 1.1.....							
	239 052 102/226 052 102	тыс.тенге	46 539,8	70 000,0	74 900,0	80 143,0	85 753,01	91 755,72
	253 039 011/226 052 114	тыс.тенге	382 076,0	416 277,8	445 417,3	476 596,5	509 958,26	545 655,34
	253 038 011/253 038 011	тыс.тенге	9376,6	9761,6	10 444,9	11 176,04	11 958,36	12 795,45
	253 009 015 туб/253 009 011	тыс.тенге	2095,0	12 287,0	13 147,1	14 067,4	15 052,12	16 105,77
	253 018 015/253 018 000	тыс.тенге	3868,1	4057,0	4 341,0	4 645,0	4 970,15	5318,06
	253 033 418	тыс.тенге	9376,6	103 738,0	15 000,0	0,0	95 800,0	36 000,0
	Платные	тыс.тенге	35 636,5	37 000,0	40 000,0	42 800,0	45 796,0	49 000,0
	Оплата труда	тыс.тенге	300 155,2	294 212,7	335 470,0	358 952,8	358 952,8	358 952,8
	Дифоплата	тыс.тенге	17 283,911	35 310,613	37 000, 0	39 000,0	41 000,0	43 000,0
	<b>Итого:</b>		<b>806 407,7</b>	<b>1078444,7</b>	<b>939 720,3</b>	<b>1027380,7</b>	<b>1169240,6</b>	<b>1158583,1</b>
	Цель n.1.....							



2	Человеческие всего, в том числе:							
	Цель 1.1.....							
	253 039 011/226 052 114	штатны е ед.	285,5	302,25	306,25	306,25	306,25	306,25
	239 052 102/226 052 102	штатны е ед.	12,0	11,0	12,0	12,0	12,0	12,0
	253 009 015 туб/ 253 009 011	штатны е ед.	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
	253 018 015/253 018 000	штатны е ед.	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	<b>Итого:</b>		<b>308,5</b>	<b>324,25</b>	<b>329,25</b>	<b>329,25</b>	<b>329,25</b>	<b>329,25</b>
Цель п.1.....								

3	Материально-технические всего, в том числе:	шт	сумма					
	Цель 1.1.....							
1	Основная плата пульта УРП ТОП-Х 850 HFS/N 091670056	1	1620000					
2	Стерилизатор воздушн	1	92000					
3	Стерилизатор воздушн	1	92000					
4	Электрокардиограф 12-канальный	1		283000				
5	Кардиотокограф-фетальный монитор предназначенный для предродовой и интранатальной диагностики состо	1		1867994				
6	Аппарат физиотерапевтический Биоптрон Про 1	1		614880				
7	Портативноеустройство регистраций отоакустическойэмессии в комплекте	1		1450000				
8	Модульное рабочее место LunoSpigodля регистраций ЭКГ покоя, проведения стресс-ЭКГ и эргоспирометрии	1		16 855 000				
9	УЗИ аппарат	1			15 000 000			
10	Цифровой рентген аппарат	1					95 800 000	
11	Цировой флюоро аппарат	1						36 000 000

12	Маммограф рентгеновский Gala, с Системой цифровой радиологической CR 30-Хм	1		60 468800				
13	GSM – шлюз	1		289 900,0				

**Директор ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7»**

**Айдаралиев С.Ж.**