

«УТВЕРЖДЕН»
Председатель
Наблюдательного совета
Осианова А.К.



«20» 01 2017 года

Стратегический план
КГП на ПХВ «Павлодарский областной
онкологический диспансер»

на 2017 - 2021 годы

Содержание

ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ.....	
1.1 Основная цель и задачи диспансера.....	
1.2 Миссия.....	
1.3 Видение.....	
1.4 Ценности и этические принципы.....	
ЧАСТЬ 2. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ «Наименование организации».....	
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. Стратегическое направление 1 (финансы).....	
3.2. Стратегическое направление 2 (клиенты).....	
3.3. Стратегическое направление 3 (обучение и развитие персонала).....	
3.4. Стратегическое направление 4 (внутренние процессы).....	
ЧАСТЬ 4. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ.....	

1. Введение

1.1 Основная цель и задачи

Основной целью деятельности КГП на ПХВ «Павлодарский областной онкологический диспансер» (КГП на ПХВ «ПООД») является предоставление специализированной медицинской помощи в виде стационарной, стационарозамещающей, амбулаторной, поликлинической онкологическим больным и больным с предраковыми и фоновыми заболеваниями, а также оказание организационно-методической помощи ЛО области по вопросам онкологии;

Задачами онкологического диспансера являются:

1. Снижение смертности от злокачественных новообразований (ЗНО);
2. Увеличение показателя ранней диагностики ЗНО;
3. Увеличение показателя удельного веса онкобольных, проживших 5 и более лет;
4. Максимальный охват подлежащих лечению больных специализированным противоопухолевым лечением;
5. Расширение стационарозамещающей помощи;

1.2 Миссия

Сознавая социальную ответственность перед обществом, миссия сотрудников онкологического диспансера заключается:

- в выявлении онкологической патологии на ранней стадии;
- в оказании эффективного лечения, в соответствии стандартам диагностики и лечения;
- в оказании качественной, безопасной медицинской помощи;
- в проведении психологической и медицинской реабилитации онкологических больных;
- в пропаганде здорового образа жизни.

1.3. Видение

КГП на ПХВ «ПООД» оснащено современным медицинским и техническим оборудованием, имеет прочную материально-техническую базу. Медицинский персонал постоянно работает над повышением своей квалификации и профессиональных навыков. Придерживаясь основных направлений, путей и способов достижения поставленных целей, предприятие имеет полную возможность в получении запланированных результатов. Наиболее значимыми моментами из которых являются:

1. Улучшение здоровья населения путем обеспечения доступности качественной медицинской помощи и своевременности оказания квалифицированной онкологической и консультативно – диагностической помощи.
2. Улучшение результатов ранней диагностики злокачественных новообразований.
3. Увеличение показателя пятилетней выживаемости.

4. Снижение смертности от онкологической патологии.
5. Обследование, выявление или исключение онкологического заболевания в максимально короткие сроки.
6. Создание условий для минимизации побочных эффектов от проведенного лечения.
7. Проведение динамического наблюдения после проведенного лечения для оценки эффекта лечения и исключения его дальнейшего развития.
8. Участие в государственных и иных программах по профилактике и скринингу онкологических заболеваний.
9. Снижение показателя запущенности и повышение показателя ранней диагностики.
10. Обеспечение выполнения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.
11. Внедрение инновационных технологий и методик в диагностике и лечении онкологических больных.
12. Достижение экономической самостоятельности в управлении финансовыми активами.

1.4 Ценности и этические принципы

1. Человек и его здоровье.
2. Безопасность пациента.
3. Уважение.
4. Коллегиальность и профессионализм.
5. Сохранение традиционных принципов милосердия.
6. Конфиденциальность.
7. Интеграция с республиканскими и зарубежными онкологическими клиниками.

2. Анализ текущей ситуации (внешние и внутренние факторы)

2.1. Анализ факторов внешней среды

Рост онкологической заболеваемости во всех регионах Республики Казахстан, социальная значимость онкологической патологии в обществе, постоянно требует наращивания и внедрения современных методов лечения, в том числе химиотерапевтического и лучевого, которые практически не применяются при других видах нозологий, имеют свою специфику и требуют оснащения специальной аппаратурой и подготовленных специалистов. В течение многих лет Павлодарская область находится в тройке регионов Республики Казахстан с самой высокой онкологической заболеваемостью и смертностью. Ежегодно на учет берется более 2000 человек с впервые выставленным диагнозом рак. Ежегодный прирост заболевших около 3%. На учете в онкологическом диспансере состоит 10900 человек. Важным фактором для своевременного выявления и лечения осложнений, рецидивов, является диспансеризация.

**Основные индикаторы по Меморандуму по онкологической службе,
заключенном между МЗ РК и Акиматом Павлодарской области на 2017 –
2019 г.г.**

Основные индикаторы	годы			
	2017		2018	2019
	индик.	факт.		
Смертность от злокачественных новообразований (на 100000 нас.)	141,3	130,8	141,2	141,1
Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (I стадия), удельный вес %	22,7%	25,1%	22,9%	23,1%
Удельный вес III - IV стадий злокачественных новообразований визуальных локализации, удельный вес %	14,4%	11,5%	14,2%	14,0%
5-летняя выживаемость больных злокачественных новообразований (%)	51,5%	49,6% (52,1% – без рака кожи)	51,6%	51,7%
Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (I-II стадии) (%)	61,8%	62,8%	61,9%	62%

Заболеваемость в РК и в Павлодарской области на 100 тыс. населения за период 2014-2017 гг.

Период	РК	Павлодарская Область
2014	198,7	303,6
2015	207,8	297,2
2016	208,1	311,8
2017	197,4	316,8

Показатель заболеваемости имеет тенденцию к ежегодному росту. За последние 3 года в области показатель повысился на 2,4%.

Структура онкологической заболеваемости

Структура заболеваемости в области несколько значительно не отличается от структуры по РК. В 2017 г. в структуре заболеваемости по области на 1 месте - рак кожи (290 случая – 12,4%), на 2 месте – рак молочной железы (270 случаев – 11,5%), на 3 месте - рак легкого (224 случая – 9,6%), на 4 месте - рак желудка (166 случаев – 7,1%), на 5 месте – рак прямой кишки – 139 случаев (5,9%), на 6 месте - рак ободочной кишки (133 случая – 5,7%).

Смертность в Павлодарской области и в РК на 100 тыс. населения за период 2014-2017 гг.

Период	РК	Павлодарская область
2014	93,9	147,0
2015	89,9	141,6
2016	86,1	141,9
2017	81,7	130,8

Показатель смертности по причине онкологических заболеваний имеет тенденцию к снижению. За последние года показатель смертности понизился на 8,7%. Показатель выше среднереспубликанского в 1,6 раза.

Структура онкологической смертности

В 2017 г. в структуре смертности: на 1 месте – рак лёгких (17,1%), на 2 – рак желудка (10,9%), на 3 – рак молочной железы (7,6%), на 4 – рак ободочной кишки (6,2%), на 5 – рак прямой кишки (5,7%), на 6 – рак поджелудочной железы (4,3%), на 7 – рак шейки матки (3,9%), на 8 – рак яичников (3,5%).

Ранняя диагностика злокачественных новообразований в Павлодарской области и в РК за период 2014-2017 гг.

Год	РК	Павлодарская область
2014	55,4%	59,1%
2015	57,3%	59,2%
2016	58,7%	61,2%
2017	59,4%	62,8%

Показатель ранней диагностики увеличивается ежегодно. С 2014 г. показатель вырос с 59,1 % до 62,8% при среднереспубликанском значении в 2017 г. 59,4%.

Запущенность злокачественных новообразований в Павлодарской области и в РК за период 2014-2017 гг.

Период	РК	Павлодарская область
2014	12,5%	14,1%
2015	12,0%	13,6%
2016	11,5%	13,1%
2017	11,3%	11,0%

Показатель запоздалой диагностики рака ежегодно снижается. За 3 года показатель понизился на 9%.

Основной причиной запущенности при заболеваниях, **выявленных в IV стадии**, является скрытое течение болезни – 72,5% и несвоевременное обращение больных – 20,4%.

Несмотря на снижение показателя запущенности и повышения показателя ранней диагностики, не удастся достигнуть ежегодного повышения показателя пятилетней выживаемости, так как основная доля заболевших (более 50%) приходится на возраст более 65 лет, среди которых высок процент отказов от лечения, противопоказаний к проведению спецлечения по причине наличия тяжелых сопутствующих хронических заболеваний сердечно-сосудистой и других систем.

Удельный вес больных, живущих 5 лет и более в Павлодарской области и в РК за период 2014-2017 гг.

Индикатор по РК – 51,0%

Период	РК	Павлодарская область
2014	49,6%	49,3%
2015	50,8%	50,2%
2016	47,9%	49,4%
2017	49,0%	49,6%

Показатель пятилетней выживаемости подвержен незначительным колебаниям, в области показатель в 2017 г. выше, чем в целом по РК на 3,1%.

5 - летняя выживаемость без учета рака кожи

Индикатор по РК – 51,0%

Годы	РК	Область
2016	48,7%	51,4%
2017	49,6%	52,1%

Морфологическая верификация

Годы	РК	Область
2013	83,1	82,3
2014	86,4	80,4
2015	91,2	83,3
2016	92,2	84,1
2017	90,6	85,7

Морфологическая верификация в 2017г. повысилась в сравнении с 2016г. на 1,9% и составила 85,7%.

Показатели стационара

Наименование отделения/ структурного подразделения	Кол-во коек		Оборот койки		Среднее пребывание больного на койке	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Торакальное	30	30	26,6	28,7	11,6	9,9
Общая онкология	45	45	20,0	19,1	11,9	11,1
Химиотерапевтическое	27	27	36,5	47,7	8,6	7,0
Радиологическое	50	50	20,0	18,0	20,0	20,0
Отд. реабилитации и восстановительного лечения	3	3	24,7	36,7	9,3	8,4
Дневной стационар	45	45	62,0	67,1	7,8	7,3

Охват специализированным лечением (%)

Годы	Область	РК
2013	78,2	83,7
2014	78,6	86,2
2015	80,7	87,4
2016	81,0	86,9
2017	84,6	88,3

Охват специализированным лечением составил в 2017 г. 84,6% от подлежащих лечению, что выше показателя 2016 г. на 4,4%.

Высокотехнологичные медицинские услуги (ВТМУ)

В 2017 г. 106 больных получили высокотехнологичные медицинские услуги, из которых 11 – в КазНИИОиР (10,4%), 59 – в онкологическом диспансере (55,7%) и 36 (33,9%) в других лечебных организациях области и РК.

Виды ВТМУ	КазНИИОиР		ОД		Другие ЛПУ	
	Абс.	% от всех случаев ВТМУ	Абс.	% от всех случаев ВТМУ	Абс.	% от всех случаев ВТМУ
Эндоваскулярная химиоэмболизация опухолей различных локализаций	2	1,9%			29	27,3%
Конформная лучевая терапия	1	0,9%			4	3,8%
Замена сустава и/или кости при опухолях костей	2	1,9%				
Установление голосового протеза после ларингэктомии	3	2,8%				
Радикальная нефрэктомия	1	0,9%				
Радикальная ларингэктомия	1	0,9%	7	6,6%		
HIFU абляция					3	2,8%
Субтотальная резекция пищевода с расширенной двухзональной лимфодиссекцией			5	4,7%		
Расширенная комбинированная гастрэктомия при злокачественных новообразованиях пищевода и желудка			5	4,7%		

Радикальная цистэктомия с энтеропластикой (с созданием ортотопического мочевого пузыря) илеумкондуитом или колонкондуитом	1	0,9%	8	7,5%		
Радикальная субтотальная панкреатэктомия			2	1,9%		
Лапароскопическая радикальная абдоминальная гистерэктомия			20	18,9%		
Полная нефрэктомия (эндовидеохирургическая, ретроперитонеальная)			10	9,4%		
Лапароскопическая адреналэктомия			2	1,9%		
Итого:	11	10,4%	59	55,7%	36	33,9%

Распределение лекарственной терапии по видам коечного фонда

Год	Количество всех пролеченных больных (КС+ДС+КАХ)	Всего случаев химиотерапии (КС, ДС, КАХ)	Уд. вес случаев химиотерапии от всех случаев лечения в %	В том числе случаев в:							
				круглосуточном стационаре		дневном стационаре		КАХ			
				Кол-во случаев /больных	% от всего больных, получивших лекарственную	Кол-во случаев/больных	% от всего больных, получивших лекарственную	Кол-во случаев /больных	% от всего больных, получивших лекарственную		

					терап ю		терап ю		
2016	Всех случаев: 13783, в т.ч. КС – 3699 ДС -2799 КАХ - 7285	Всего случаев химиотерапии: 10685, в т.ч. КС – 1530 ДС – 1870 КАХ - 7285	$10685 * 100 / 13783 = 77,5\%$	1530	11,1%	1870	13,6%	7285	52,9%
	Всех больных: 4607, в т.ч. КС – 1932 ДС - 975 КАХ - 1700	Всего больных: 2663, в т.ч. КС – 478 ДС – 485 КАХ - 1700							
2017	Всех случаев: 14746 КС – 4039 ДС – 3018 КАХ – 7689	Всего случаев химиотерапии: 12195 КС – 1937 ДС – 2569 КАХ – 7689	$12195 * 100 / 14746 = 82,7\%$	1937	13,1%	2569	17,4%	7689	52,1%
	Всех больных: 4626, в т.ч. КС – 1959 ДС – 995 КАХ - 1672	Всего больных: 3255, в т.ч. КС – 588 ДС – 995 КАХ - 1672							

Количество всех пролеченных больных лекарственной терапией в условиях круглосуточного, дневного стационаров и в кабинете КАХ составило в 2017г. **3255 человек. Случаев химиотерапии – 12195, что на 14,1% больше, чем в 2016г. (10685 курсов).**

Удельный вес случаев лекарственной терапией (12195) от общего числа случаев госпитализации и посещений в КАХ (14746), составляет 82,7%.

В круглосуточном стационаре случаев химиотерапии (1937), что составило 13,1% от всех случаев госпитализации и посещений КАХ.

В дневном стационаре - 2569 курсов химиотерапии, что составляет 17,4% от всех случаев госпитализации и посещений КАХ.

В КАХ сделано 7689 посещений, что составляет 52,1% от всех случаев госпитализации и посещений КАХ.

ИГХ исследования

Локализации, при которых проведено ИГХ	Кол-во впервые выявленных больных с ЗН за 2017 г.	Условия для телепатологи и. Есть или нет оборудовани я	Кол-во впервые выявленных больных/ прошедших ИГХ исследование			
			В патоморфо логическо й лаборатор ии ООД	В референс- центре	Всего больных (исследований)	
					Абс. число	% от взятых на учет
РМЖ	270	Оборудовани е для телепатологи и «Panoramic». 2013г. Используется для цифрового архивировани я гистологичес ких препаратов.	262/2014	0	262/2014	97%
Злокачественная лимфома	53		31/383	0	31/383	58,5%
Рак легкого	224		4/34	0	4/34	1,8%
Рак желудка	166		32/38	0	32/38	19,3%
Рак эндометрия	73		37/81	0	37/81	50,7%
Меланома	28		3/24	1/5	4/29	14,3%
Опухоли мягких тканей	11		11/99	0	11/99	100%
Метастаз в лимфоузел без впервые выявленного очага	26		25/225	1/9	26/234	100%
Прочие	1506		2/21	0	2/16	0,3%
Итого	2298		407/2014	2/14	409/2028	17,8%

В ИГХ лаборатории онкологического диспансера обследовано 407 больных, проведено 2014 исследований.

2.1 Анализ факторов непосредственного окружения

Неукомплектованность кадрами онкологических и маммологических кабинетов медицинских организаций ПМСП: в сеть онкологической службы области входят также 19 кабинетов онкологов, 5 кабинетов маммологов, 23 мужских и 23 женских смотровых кабинетов в МО ПМСП.

Имеется проблема с кадрами онкологов и маммологов в МО ПМСП. В 12 онкологических кабинетах работают основные работники, в 5 кабинетах – совместители. В настоящее время в 2 кабинетах врачей, имеющих первичную специализацию по онкологии, нет. Из 5 кабинетов маммологов: в 1 кабинете работает основной работник, в 4 – совместители. Главные врачи МО ПМСП неохотно или вообще не направляют врачей других специальностей (ВОП, хирурги, гинекологи) на курсы специализации по онкологии, что является

основной причиной недостаточного профессионализма при диагностике онкологических заболеваний. Формальное отношение к диспансеризации больных с хроническими заболеваниями на уровне медицинских организаций ПМСП, некачественный профилактический осмотр в медицинских организациях ПМСП лиц старше 65 лет, которые являются самым уязвимым звеном в развитии злокачественных новообразований, не позволяют значительно улучшить онкологические показатели. Оснащение онкологических диспансеров, благодаря проводимым с 2012 г. государственным программам, выгодно отличается от оснащения МО ПМСП. МО ПМСП, не имея собственной современной диагностической аппаратуры, своих лабораторий (цитологическая, патоморфологическая,) вынуждены заключать договора на субподряд с диагностическим центром, областной больницей, с онкологическим диспансером. Даже для проведения банальных клинических исследований в МО ПМСП имеет место очередь для получения талонов для исследования, что не обеспечивает своевременность оказания качественной помощи.

Онкологические больные, которые прошли специальное лечение в онкологическом диспансере, активно посещают онкологов диспансера, так как не рассчитывают на оказание профессиональной помощи в условиях МО ПМСП. Многопрофильные больницы, районные больницы не госпитализируют в плановом порядке онкологических больных, так как им не возмещаются затраты на пациентов этой категории.

2.2 Анализ факторов внутренней среды

Нормативно-правовая база

Кодекс « О здоровье народа и системе здравоохранения»

Приказ МЗ РК № 627 от 28.07.2015г. Об утверждении Правил

возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств

Приказ МЗ РК № 540 «Положение о деятельности организаций, оказывающих онкологическую помощь населению РК» от 12.08.2011г.

Приказ МЗ РК № 452 «Стандарт организации оказания онкологической помощи населению РК» от 02.08.2013г.

Приказ МЗ РК № 238 от 07.04.2010г. «Типовые штаты и штатные нормативы организаций здравоохранения»

Приказ МЗ РК № 425 от 23.07.2013г. «Об утверждении Правил оплаты за скрининговые исследования, проведенные в рамках ГОБМП, осуществляемых за счет средств РБ»

Приказ МЗ РК № 479 от 17 августа 2013 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»

Приказ МЗ РК № 885 от 26 декабря 2012г. «Протоколы (стандарты) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний»

Приказ МЗ РК № 557 от 08 августа 2012г. «Об утверждении Инструкции о деятельности регистратуры организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь»

Приказ МЗ РК № 762 от 03 ноября 2011г. «О мерах совершенствования лабораторной диагностики злокачественных новообразований»

Приказ МЗ РК № 685 от 10 ноября 2009 года "Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения".

Приказ МЗ РК № 514 от 31.07.2012г. «О введении медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти».

Приказ МЗ РК № 657 от 14.11.2013г. «Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной помощи населению Республики Казахстан».

Приказ МЗ РК № 907 «Об утверждении медицинской документации».

Онкологический диспансер, как самостоятельное юридическое лицо, создан и выполняет функцию проведения своевременных мероприятий, направленных на профилактику, диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию онкологических больных. Онкологическая помощь населению оказывается в полном объеме в форме амбулаторно-поликлинической, стационарной и стационарозамещающей помощи. Это единственная в области медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь онкологическим больным и больным с предраковой патологией. Мощность диспансера составляет 155 коек для круглосуточного пребывания больных, 45 коек для оказания стационарозамещающей помощи, мощность поликлиники – 50 посещений в 1 смену. Фактическая мощность поликлиники более 120 посещений в 1 смену.

Кадровый потенциал: в диспансере работают 310 человек, из которых: врачей - 57, 109 средних медработников. 84% врачей и 80% среднего медицинского персонала имеют квалификационные категории. Все врачи и средний медицинский персонал со стажем более 3 лет имеют категории. В диспансере отсутствует проблема текучести кадров среди врачей и среднего медперсонала. Ежегодно более 30 врачей и 50 медицинских сестер проходят циклы усовершенствования по вопросам онкологии. За 2017 год обучено 17 врачей, из них ПП – 1; ПК – 16; СМР – 23, из них ПК – 23;

Лечение онкологических больных требует мультидисциплинарного подхода и может быть обеспечена только в организации, имеющей в своём штате таких уникальных специалистов, как онкологи – хирурги, химиотерапевты, радиологи, психологи, социальные работники, патоморфологи, цитологи, врачи лучевой диагностики. Госпитализация в круглосуточный стационар или лечение в условиях дневного стационара онкологических больных осуществляется только в специализированном диспансере. Ежегодно уменьшается количество пациентов, получающих лечение в круглосуточном стационаре и увеличивается количество пациентов, которые получают специализированное лечение в

условиях дневного стационара. Это дает экономию денежных средств для диспансера и позволяет проходить лечение без отрыва от семьи, что немаловажно для больных. Ежегодно в условиях круглосуточного стационара получают лечение около 3700 больных, в условиях дневного стационара – около 2700 больных. Лучевую терапию получают ежегодно около 1000 больных. Проводится более 1300 операций, техника оперативного вмешательства при онкологических заболеваниях отличается спецификой (расширенные объемы, комбинированные операции, проведение лимфодиссекции). В целях улучшения онкологической помощи населению области, в диспансере освоены новые виды операций с применением эндовидеохирургических комплексов при раке предстательной железы, при опухолях женской половой сферы, при заболеваниях дыхательной системы. На сегодняшний день практически 30% операций при КРР выполняется малоинвазивным методом, 60% урологических операций (нефрэктомий) выполняются эндовидеохирургическим способом. 20% операций проводятся с применением видеохирургических комплексов. В эндоскопическом отделении проводятся малоинвазивные операции по удалению полипов желудка, кишечника, тотальная колоноскопия проводится с применением наркозных препаратов. Развивается иммунохимическая диагностика. Освоены методики холецистохолангиографии, методики интраоперационной экспресс-биопсии с помощью микротомы-криостата. В лечении применяются современные химиопрепараты и таргетная терапия, действующая на мишень опухоли, то есть обеспечивает лечить опухоль на молекулярном уровне. В кабинетах ультразвуковых исследований проводятся все виды сонографии, в том числе и трансректальное исследование для диагностики заболеваний предстательной железы. В отделении лучевой диагностики проводятся маммография, рентген исследования на цифровом аппарате, компьютерная томография всех органов и систем.

Координация скрининговых программ: проводится в специальном консультативно-диагностическом отделе онкологического диспансера (СКДО), созданном в 2012 г. Огромная работа, проводимая сотрудниками отдела, позволяет координировать работу, проводить аналитическую и организационно-методическую работу в целях выполнения плана и улучшения качества скрининговых исследований. В области с 2008 г. проводятся скрининговые программы в целях выявления рака и предраковых заболеваний у людей, считающих себя здоровыми. В 2014 г. было осмотрено 165000 человек, выявлено 165 случаев рака (0,1% от обследованных). В 2015 г. осмотрено 122478. Выявлено 146 случаев ЗНО разных локализаций. Процент выявления рака в 2015г. при скрининговых исследованиях составил 0,11%. В 2016 г. проведен осмотр 114633 человек, выявлено 135 случаев ЗНО разных локализаций. В 2017 г. обследовано 122974 человека, выявлено 162 случая ЗНО. 80,7% выявленных случаев рака диагностированы в I-II стадиях. Процент выявления рака в 2017 г. при скрининговых исследованиях составил 0,13%.

Ведение статистического учета: Электронный регистр онкологических больных (ЭРОБ) – система, которая требует наличие кадров, имеющих глубокие специфические знания по вопросам учета онкологических больных.

Оснащение медицинским оборудованием: на сегодняшний день оснащенность онкологического диспансера составляет 78%. Есть потребность в эндоскопическом оборудовании. В январе 2018 г. в диспансер было дополнительно поставлено 3 дыхательных аппарата и 1 наркозный аппарат для искусственной вентиляции легких. В диспансере нет цифрового маммографа, что не позволяет проводить качественный скрининг на выявление рака молочной железы. Назрела необходимость закупа рентгеновского аппарата с С-дугой, который позволяет проводить химиоэмболизацию при раке печени, раке женских половых органов, почек и других локализаций.

Для достижения индикаторов показателей онкологической службы, таких, как ранняя диагностика, запущенность, одногодичная летальность, пятилетняя выживаемость требуются как проведения организационных мероприятий: для снижения онкологической смертности проводятся мероприятия по обучению врачей и среднего медицинского персонала МО ПМСП по вопросам ранней диагностики рака. За 2014 – 2017 годы на базе онкологического диспансера прошли обучение около 1000 врачей и 500 средних медицинских работников. Диспансер является клинической базой Факультета усовершенствования врачей, на базе диспансера проходят резидентуру по онкологии молодые специалисты.

2.4 SWOT-анализ

Сильные стороны организации:

1. Единственное специализированное учреждение, имеющее большой опыт в сфере оказания онкологической помощи в области (с 1951 года).
2. Обученный персонал в ведущих клиниках РК, в странах СНГ (Россия, Беларусь) и за рубежом (Корея, Израиль, Англия, Испания, Франция, Греция) и финансовая возможность для дальнейшего обучения.
3. Сильный кадровый потенциал в организации: категоричность составляет 83% среди врачей и 80% среди СМР.
4. Единственное учреждение в области, оснащенное необходимым оборудованием для оказания лучевой терапии онкологическим больным.
5. Осуществление эффективного мониторинга и оценки оказываемой онкологической помощи и работы в МО ПМСП.
6. Возможность проведение кадровой политики (обучение, переподготовка, политика взаимодействия с ВУЗами, ротация и взаимоувязанная между уровнями оказания система мотивации).

Слабые стороны:

1. Приспособленное здание.
2. Диспансер находится в двух зданиях, расположенных на расстоянии 5 км друг от друга (радиологический корпус), что вызывает трудности организационного характера.

Возможности:

1. Получение дополнительного дохода за счет расширения спектра платных услуг по оказанию помощи пациентам с неонкологическими заболеваниями при реализации права выбора клиники.

2. Увеличение заработной платы персоналу за счет надбавок и возможность открытия новых рабочих мест.

3. Полная реализация права на получение документов для оказания специализированной и высокотехнологической помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП.

Угрозы:

1. Отсутствие своевременного и достаточного финансирования;

2. Угроза ликвидации онкологического диспансера, как самостоятельного юридического лица.

3. Появление конкурентной организации, оказывающей данный вид помощи.

Таблица 1 Матрица SWOT – анализа:

	Сильные стороны	Слабые стороны
Клиенты	1. Большой опыт в сфере оказания СМП в области (с 1951 года); 2. Координированная, своевременная помощь в стационаре и в амбулаторных условиях.	1. Неполный охват диспансеризацией от числа всех состоящих на учете пациентов.
Процессы	1. Преимущество в оказании стационарной помощи и помощи на амбулаторном уровне. 2. Использование современных технологий диагностики и лечения.	1. Недостаточность взаимодействия с МО ПМСП области.
Обучение и развитие	1. Обучение персонала в ведущих клиниках РК и в зарубежье. 2. Кадровый состав, готовый к обучению.	1. Дефицит врачей, СМР.
Финансы	1. Финансирование осуществляется по тарифам, включающим все расходы на оказание СМП и ВТМУ в рамках ГОБМП.	1. Низкий тариф на онкологического больного для лечения на стационарном и амбулаторном уровнях.
	Возможности	Угрозы
Клиенты	1. Свободный выбор пациентом врача-онколога внутри организации.	1. Высокая нагрузка на врача-онколога. 2. Проблема очередности.
Процессы	1. Обеспечение взаимодействия МО ПМСП и многопрофильных больниц области с онкологическим диспансером. 2. Информирование МО ПМСП, общественности о деятельности онкологического диспансера.	1. Появление конкурентной организации, оказывающей онкологическую помощь населению.

Обучение и развитие	1. Возможность обучения, повышения уровня квалификации сотрудников. 2. Увеличение заработной платы персоналу за счет надбавок и возможность открытия новых рабочих мест. 3. Диспансер является учебной клинической базой для повышения квалификации медицинских работников и подготовки студентов.	1.Отсутствие материальной базы для оказания психоэмоциональной разгрузки персонала.
Финансы	1.Получение дополнительного дохода за счет расширения спектра платных услуг.	1.В случае отсутствия своевременного и достаточного финансирования- угроза ликвидации деятельности службы.

Таблица 2

Матрица возможностей

Вероятность использования возможностей	Влияние возможностей		
	Сильное (С)	Умеренное (У)	Малое (М)
Высокая (В)	Обеспечение взаимодействия МО ПМСП и многопрофильных больниц области с онкологическим диспансером.	Свободный выбор пациентом врача-онколога внутри организации.	Информирование МО ПМСП, общественности о деятельности онкологического диспансера.
Средняя (С)	Возможность обучения, повышения уровня квалификации сотрудников.	Получение дополнительного дохода за счет расширения спектра платных услуг.	Увеличение заработной платы персоналу за счет надбавок и возможность открытия новых рабочих мест.
Низкая (Н)			Диспансер является учебной клинической базой для повышения квалификации медицинских работников и подготовки студентов.

Наиболее благоприятные возможности размещены в поле ячеек: ВС, ВУ, СС, СУ.

Таблица 3

Матрица угроз

	Влияние угроз
--	----------------------

Вероятность реализации угрозы	Критическое (К)	Тяжелое (Т)	Легкое (Л)
Высокая (В)		В случае отсутствия своевременного и достаточного финансирования- угроза ликвидации деятельности службы.	Высокая нагрузка на врача-онколога.
Средняя (С)	Появление конкурентной организации, оказывающей онкологическую помощь населению.	Проблема очередности.	
Низкая (Н)			Отсутствие материальной базы для оказания психоэмоциональной разгрузки персонала.

Угрозы ячеек: ВК, ВТ, СК, и СТ требуют немедленного реагирования, находятся под постоянным контролем руководства.

2.5 Анализ управления рисками

Анализ риска - начальный этап, имеющий целью получение необходимой информации и структуре, свойствах объекта и прогнозируемых рисках. Собранный информации должно быть достаточно для того, чтобы принимать адекватные решения на последующих этапах. Анализ состоит из выявления рисков и их оценки. При выявлении рисков (качественная составляющая) определяются все риски, присущие исследуемой системе. Оценка - это количественное (количественная составляющая) описание рисков, в ходе которого определяются такие их характеристики, как вероятность и размер возможного ущерба. Выявления и их оценки тесно связаны между собой, и не всегда предоставляется возможным разделить их на самостоятельные части общего процесса. Анализ идет в двух противоположных направлениях - от оценки к выявлению и наоборот. Следующий этап - выбор метода воздействия на риски с целью минимизации возможного ущерба в будущем. Каждый вид риска допускает два-три традиционных способа его уменьшения. Поэтому возникает проблема оценки сравнительной эффективности методов воздействия на риск для выбора наилучшего из них. После выбора оптимальных способов воздействия на конкретные риски появляется возможность сформировать общую стратегию управления всем комплексом рисков. Это этап принятия решений, когда определяются требуемые финансовые и трудовые ресурсы, происходит постановка и распределение задач среди менеджеров. Среди способов воздействия на риск можно выделить 3 основные группы: снижение риска; сохранение риска; передача риска. Снижение риска подразумевает уменьшение либо размера возможного ущерба, либо вероятности наступления

неблагоприятных событий. Чаще всего оно достигается при помощи осуществления предупредительных организационно-технических мероприятий, под которыми понимаются различные способы усиления системы безопасности: обучение персонала, установка систем оповещения.

На уровень показателей, отражающих состояние здоровья населения, оказывают влияние следующие внешние и внутренние факторы.

Внешние факторы.

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.

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, а также отсутствие заинтересованности в сохранении и укреплении своего здоровья у подавляющей части населения, что приводит к преимущественно государственной ответственности за здоровье граждан.

Внутренние факторы.

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 специалистов;

недостаточная преемственность между ПМСП и онкологическим диспансером.

Таблица

Анализ управления рисками

Наименование возможного риска	Цель, на которую может повлиять данный риск	Возможные последствия в случае непринятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками за 6 мес. 2017г.	Причины неисполнения
1	2	3	4	5	6
Внутренние					
Стратегические:					
1.Отсутствие солидарной ответственности за здоровье со стороны населения.	Улучшение здоровья населения путем обеспечения доступности качественной	Повышение запущенности онкологических заболеваний. Снижение ранней	1.Усиление работы по формированию здорового образа жизни. 2.Контроль качества деятельности	1.Телевидение – 2. Радио – 11. Газеты – 3. Лекции – 20, беседы – 935. 2. Сделано 24 выезда в МО ПМСП	

	медицинской помощи и своевременности оказания квалифицированной онкологической и консультативно-диагностической помощи.	диагностики онкологических заболеваний. Повышение показателя смертности по причине онкологических заболеваний.	районных онкологов в МО ПМСП.	городов и районов области и 26 посещений МО ПМСП г. Павлодара с целью оказания консультативно-методической и лечебной помощи.	
2. Дефицит медицинских кадров.	Внедрение инновационных технологий и методик в диагностике и лечении онкологических больных.	Недостижение отраслевых индикаторов деятельности.	1. Привлечение молодых специалистов посредством заключения трехсторонних договоров.		Ожидается прием молодых специалистов в сентябре 2017г.
3. Ухудшение здоровья медицинских работников вследствие повышенных нагрузок.	Улучшение результатов ранней диагностики злокачественных новообразований.	Синдром хронической усталости. Синдром «эмоционального выгорания» как эмоциональное истощение, возникающее на фоне стресса, вызванного межличностным общением.	1. Устранение факторов, способствующих их развитию синдрома хронической усталости.	Участие в спортивных мероприятиях области, в вокальном конкурсе среди медицинских работников, в конкурсе «Забота и милосердие в фотообразах», праздничные мероприятия, посвященные государственным праздникам.	
4. Ошибки в организации труда, слабая мотивация персонала и недобросовестное отношение к	Недостижение показателей деятельности и онкологической службы,	1. Сопротивление со стороны персонала инновационным преобразованиям	1. Информирование персонала о необходимости инноваций, убеждение в потребностях перемен, в обновлении	1. Рабочие совещания - 6, круглые столы - 6, планерные совещания – 136, медсестринские конференции	

<p>трудо- вой деятельности.</p>		<p>2. Плохая организация служебной деятельности: задержки, безответственность, неритмичность.</p> <p>3. Недостаток сотрудников, заставляющих выполнять, кроме своих обязанностей еще и обязанности других.</p> <p>4. Режим рабочего времени – работа в сверхурочные и неудобные часы.</p> <p>5. Неорганизованность, формализм, заседательская суета и другие ненужные ритуалы и процедуры.</p> <p>6. Неопределенность и непредсказуемое развитие событий в организации.</p>	<p>условий деятельности, в повышении производительности труда.</p> <p>2. Проведение образовательных семинаров, курсов специальной подготовки для освоения персоналом новых условий работы.</p> <p>3. Привлечение работников к обсуждению проектов, анализу и выбору вариантов проекта, к разработке управленческих решений;</p> <p>4. Облегчение процессов вхождения в новые условия работы, поддержка инициативы освоения новшеств, дифференцированный подход к персоналу.</p>	<p>– 6, врачебные конференции – 24 с освещением актуальных проблем деятельности и новшеств в отрасли.</p>	
<p>Внешние</p>					
<p>Эксплуатационные:</p>					
<p>1. Техногенные аварии</p>	<p>Обеспечение выполнения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.</p>	<p>Невозможность осуществления деятельности в условиях, необходимых для</p>	<p>1. Защита медицинского персонала, пациентов и посетителей.</p> <p>2. Организация, развитие и поддержание в постоянной</p>	<p>1. Регулярные проверки технических средств коммуникаций с составлением актов проверки.</p>	

		нормальной работы.	готовности систем управления, оповещении и связи. 3. Организация и проведения экстренной связи, процесс уведомления аварийных служб и персонала. 4. Организация круглосуточного дежурства медицинского персонала.	2. Поддержание в порядке водоснабжения, электроснабжения. 3. Взаимодействие со специальными службами города по обеспечению бесперебойной деятельности всех систем коммуникации.	
2. Чрезвычайные ситуации	Обеспечение выполнения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.	Невозможность осуществления деятельности в условиях, необходимых для нормальной работы.	1. Обеспечение готовности сил и средств к действиям при ЧС. 2. Подготовка и обучение персонала. 3. Участие во всех КШУ и ТСУ по ЧС проводимых МСГО города. 4. Укрепление систем надежности и жизнеобеспечения человека.	Выполнение плана мероприятий по ГО и ЧС с предоставлением отчета в УЗО. Участие в КШУ согласно плану департамента по ГО и ЧС.	
3. Выход из строя медицинского оборудования	Обеспечение выполнения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.	Невозможность проведения диагностических и лечебных процедур с применением медицинской аппаратуры.	Своевременный осмотр и ремонт медицинского оборудования;	Заклучены договора на обслуживание и ремонт медицинской техники. Работы подтверждены актами.	
4. Пожары и террористические акты	Обеспечение выполнения гарантированного объема	Невозможность проведения диагностических и лечебных процедур	1. Повышение противопожарной безопасности. 2. Повышение ответственности	Издан приказ об ответственном лице за противопожарную	

	бесплатной медицинской помощи.	поврежденных помещений и при повреждениях вследствие проявления терроризма.	и за управление и координирование мер экстренного реагирования. 4. Усиление работы по антитеррористической защищенности. 5. Проведение обучения процедуре эвакуации людей и имущества из здания в случае необходимости при чрезвычайных ситуациях.	безопасность. Имеется противопожарный уголок. Изготовлен стенд по антитеррористической деятельности. Проведено 2 учения по антитеррористической защищенности и противопожарной готовности.	
--	--------------------------------	---	--	--	--

Финансовые:

1. Финансовая нестабильность.	1. Обеспечено выполнение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. 2. Достижение экономической самостоятельности в управлении финансовым и активами.	1. Неэффективное использование финансовых средств. 2. Уменьшение объема госзаказа. 3. Повышение налогов.	1. Повышение квалификации финансовых работников. 2. Обоснование потребности и важности существующих объемов госзаказа. 3. Рациональное планирование использования бюджетных и внебюджетных средств.	1. Главный бухгалтер и бухгалтер посетили 3 семинара по финансовой деятельности. 2. Заключен договор с КОМУ на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП. 3. Отчеты о финансовой деятельности предоставляются на регулярной основе.	
--------------------------------------	--	--	---	--	--

Медицинские риски

<p>Безопасность пациентов: 1.Риск падения пациентов.</p>	<p>Повышение качества оказываемой помощи населению.</p>	<p>1.Переломы и травмы конечностей 2.Закрытые черепно-мозговые травмы</p>	<p>1. Каждый сотрудник, обнаруживший момент падения пациента, должен немедленно проинформировать инженера по технике безопасности труда 2. Каждый сотрудник, обнаруживший пациента с ограниченным и возможностям и без сопровождения или без соответствующего приспособления для перемещений (костыль, кресло-каталка и т.п.), должен попросить пациента присесть и организовать надлежащий надзор (оставаться с ним всё время до прихода ассистента или доставки технического приспособления) и сообщить в соответствующее профильное отделение.</p>	<p>1.Медицинские сестры получают соответствующие знания во время первичного инструктажа при поступлении на работу 2.Медицинские сестры повышают квалификацию с помощью разборов на еженедельных конференциях сестёр 3.Каждые полгода главная медицинская сестра проводит контроль знаний персонала на соответствие программе профилактики падений 4.Ежегодно проводится семинар на тему «Профилактика и последствия падений» 5.В случае падения пациента и получения травмы: консультация травматолога, рентгенография, адекватное обезболивание, регистрация в Журнале</p>	
--	---	---	---	---	--

<p>2. Риск нарушения идентификации пациента</p>	<p>Создание условий для минимизации побочных эффектов от проведенного лечения.</p>	<p>1.Неправильная раздача лекарственных препаратов 2.Введение препаратов, предназначенных для другого пациента процедуры;</p>	<p>1.Безопасное использование химиотерапевтических лекарственных средств организовывается с учетом санитарных правил и нормативов работы с раздражающими и сильнодействующими веществами.</p>	<p>регистрации инцидентов. 6.Санитарная уборка всех уровней проводится передвижным уборочным комплексом с информационными знаками «осторожно мокрый пол».</p> <p>2.Идентификация пациента в приемном покое при поступлении в стационар обеспечением идентификационным браслетом на запястье. 2.Верификация участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры;</p>	
<p>3. Риск несоблюдения стандартов оказания медицинской помощи</p>	<p>Создание условий для минимизации побочных эффектов от проведенного лечения.</p>	<p>1.Полипрагматизация, лекарственная аллергия. 2. Недостижение индикаторов деятельности.</p>	<p>1. Строгое соблюдение протоколов диагностики и лечения, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения № 883. 2. Улучшение оказания медицинской, медикосоциальной и психологическ</p>	<p>1.Контроль за соблюдением исполнения протоколов диагностики и лечения проводится службой внутреннего аудита диспансера и отделений на регулярной основе с предоставлением отчета директору 1 раз в месяц.</p>	

<p>4.Риск гемотранфузионных осложнений</p>	<p>Создание условий для минимизации и побочных эффектов от проведенного лечения.</p>	<p>Побочные реакции, осложнения при проведении гемотрансфузии.</p>	<p>ой помощи онкобольным путем применения мультидисциплинарного и психосоциального подходов в вопросах диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации онкобольных. 3..Сокращение времени с момента обращения пациента к онкологу до постановки диагноза и подключения своевременного квалифицированного специализированного лечения. 4.Своевременное направление на ВСМП в республиканские медицинские организации.</p> <p>1.Ингредиенты, входящие в состав гемоконсерванта, должны иметь паспорт, разрешающий</p>	<p>Подготовлено 6 отчетов. 2. В штате диспансера: социальный работник, психолог, постоянно действующая мультидисциплинарная группа, которая определяет оптимальный режим лечения. Количество заседаний МДГ – 123 за 6 мес. 2017г. 3. Обследование больного в МО ПМСП до 10 дней. При подтверждении диагноза злокачественного новообразования – спецлечение начинается до 30 дней с момента взятия на учет. 4. Направлено на ВСМП 47 больных.</p> <p>1.Тесное сотрудничество с Центром крови. В штате: гемотрансфузиолог. В мае 2017г. все врачи, проводящие</p>	
---	--	--	---	---	--

<p>5.Безопасное использование противобластных лекарственных средств (цитостатики)</p>	<p>Создание условий для минимизации побочных эффектов от проведенного лечения.</p>	<p>Развитие побочных реакций и осложнений в результате проведения химиотерапии</p>	<p>их внутривенное введение.</p> <p>1.Проведение пациентам индукционных, неоадьювантных, адьювантных, паллиативных курсов химиотерапии и других методов лечения больным с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования с учетом показаний и противопоказаний согласно клиническим руководствам и периодическим протоколам диагностики и лечения.</p>	<p>гемотранфузию, прошли аттестацию.</p> <p>1. Открыт кабинет централизованного разведения цитостатиков. Назначения таргетных препаратов проводится на заседании МДГ. Назначение курсов химиотерапии назначается коллегиально, при проведении клинического разбора в отделении химиотерапии</p>	
<p>Безопасность медперсонала. Риски опасностей: порезы, уколы, травмы</p>	<p>Соблюдение безопасности при выполнении профессиональной деятельности.</p>	<p>Нетрудоспособность персонала.</p>	<p>1.Контроль за наличием неснижаемого запаса изделий медицинского назначения одноразового пользования, индивидуальных средств защиты.</p>	<p>1.Главная медицинская сестра проводит мониторинг запаса ИМН и своевременно подает заявка на их приобретение. 2. Персонал ознакомлен с</p>	

			<p>2. Выполнение рекомендаций по использованию средств защиты.</p> <p>3. Ознакомить персонал с алгоритмом оказания первой помощи при травмах.</p> <p>4. Использование средств защиты: маски, очки, специальная обувь.</p> <p>5. Использование аптечки первой помощи, дезсредств для обработки ран.</p> <p>6. Разработать схему оповещения об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях на рабочих местах.</p>	<p>правилами использования средств защиты.</p> <p>3. Проведено 2 семинара по профилактике и оказанию помощи при возникновении и нештатных ситуаций.</p> <p>4. В работе постоянно используются индивидуальные средства защиты.</p> <p>5. в каждом отделении имеется аптечка первой помощи при травмах.</p> <p>6. Схема оповещения об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях на рабочих местах разработана, утверждена директором и размещена на видных местах во всех отделениях.</p>	
--	--	--	---	---	--

3. Стратегические направления, цели и целевые индикаторы

Стратегическое направление 1 (финансы)

Цель 1.1. Повышение финансовой устойчивости

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек.года	План (годы)				
						1-й год 2017	2-й год 2018	3-й год 2019	4-й год 2020	5-й год 2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП	Тыс.тенг н	Договор на финансирование	Гл.бухгалтер	191889 2,3	1903 181, 4	21828 97,0	20948 81,0	2176 664, 5	2329 011, 0
2	Оказание медицинских услуг на платной основе	Тыс.тенг е	Бухгалтерские документы	Гл.бухгалтер	56317, 6	9896 0,0	99950 ,0	10095 0,0	1019 60,0	1029 80,0
3	Рентабельность	коэффициент	ЕССО отчеты	Гл.бухгалтер	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1
Задача 1: Оказание онкологической помощи населению в рамках ГОБМП										
	Показатели результатов									
1	Количество оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП	услуга	Статистические данные	Саркенова С.С.	312716	2800 00	31000 0	31000 0	3100 00	3200 00
Задача 2: Оказание медицинской помощи населению на платной основе										
	Показатели результатов									
1	Количество оказанных медицинских услуг на платной основе	услуга	Статистические данные	Саркенова С.С.	33475	4730 8	47500	48300	4850 0	4900 0

Цель 1.2. Мотивация персонала

№	Наименование	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек.года	План (годы)				
						1-й год	2-й год	3-й год	4-й год	5-й год

	целевого индикатора									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Выплата дифференцированной доплаты	% к ФЗП	Бухгалтерские документы	Гл.бухгалтер	10,3	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9
2	Достижение соотношения среднемесячной ЗП предприятия к среднемесячной номинальной ЗП в регионе	коэффициент	Бухгалтерские документы	Гл.бухгалтер	≥1.5	≥1.5	≥1.5	≥1.5	≥1.5	≥1.5
3	Доля обученных от общего количества работающих	%	Отчеты кадровой службы	Иванова Г.И.	11,4	12,7	13,9	15,2	16,5	17,7
Задача 1: Выплата дифференцированной доплаты										
	Показатели результатов									
1	Сумма дифференцированной доплаты	Тыс.тенге	Бухгалтерские документы	Гл.бухгалтер	44659,3	10076	10479	10882	11285	11688
Задача 2: Увеличение среднемесячной заработной платы										
1	Сумма среднемесячной ЗП	тенге	Бухгалтерские документы	Гл.бухгалтер	123788	130377	132740	132745	132750	132755
Задача 3: Повышение квалификации сотрудников										
1	Количество обученных	человек	Отчеты кадровой службы	Иванова Г.И.	35	39	43	47	51	55
2	Сумма средств на обучение	Тыс.тенге	Бухгалтерские документы	Гл.бухгалтер	929,1	2120	2130	2140	2150	2160

4. Ресурсы

№	Ресурсы	Ед.измерения	Факт тек.года	План (годы)				
				1-й год	2-й год	3-й год	4-й год	5-й год
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Финансовые всего, в том числе:							
Цель 1.1 Повышение финансовой устойчивости предприятия								
	БП 052 «Обеспечение населения медицинской помощью в рамках Единой национальной системы здравоохранения по бюджетной подпрограмме 104 «Оказание медицинской помощи онкологическим больным»	Тыс.тенге	1918892, 3	187900 1,0	21570 24,0	20671 97,0	214702 3,0	229731 5,0
	БП 052 «Обеспечение населения медицинской помощью в рамках Единой национальной системы здравоохранения по бюджетной подпрограмме 104 «Оказание специализированной медицинской помощи»	Тыс.тенге	0,0	24180, 4	25873	27684	29622	31696
	Внебюджетные средства	Тыс.тенге	56317,6	98960	99950	10095 0	101960	102980
	Итого:		1975209, 9	200214 1,4	22828 47	21958 31	227860 5	243199 1
2	Человеческие ресурсы всего, в том числе:							
Цель 3.2 Обеспечение квалифицированными кадрами, отвечающими потребностям общества								
	Штатная численность	ставка	424,5	406	406	406	406	406
	Количество работников	человек	306	308	310	310	310	310
3	Материально-технические ресурсы всего, в том числе:							
Цель 4.1 Улучшение материально-технической базы								
	Планомерное освоение финансов, выделенных для строительства нового диспансера	%	0	100	100	100	100	100

	Оснащение диспансера медицинской техникой	%	78	78	79	80	81	82
Цель 1.1 Повышение финансовой устойчивости предприятия								
1	Здания и сооружения	тыс.тенге	180464,1	180464,1	180464,1	180464,1	180464,1	180464,1
2	Машины и оборудования	тыс.тенге	463868,8	463868,8	468507,5	473192,6	477924,5	482703,5
3	Транспортные средства	тыс.тенге	5701,6	5701,6	5701,6	5701,6	5701,6	5701,6
4	Вычислительная техника	тыс.тенге	3105,5	3105,5	3205,5	3305,5	3405,5	3505,5
5	Прочие основные средства	тыс.тенге	18370,7	18370,7	18370,7	18370,7	18370,7	18370,7
6	Материалы	тыс.тенге	1217660,8	1226854,4	1226855,5	1226855,5	1226855,5	1226855,5
	Итого:		1889171,5	1898365,5	1903104,0	1907890,0	1912721,0	1949149,0

Стратегическое направление 2: Клиенты

Цель 2.1 Улучшение здоровья населения

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек.года	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Показатель онкологической смертности	На 100000 нас.	Статистические данные	Саркенова С.С.	141,9	141,3	141,2	141,0	140,8	140,6
Задача: Снижение бремени онкологических заболеваний										
	Показатели результатов									
1	Увеличение удельного веса I стадии злокачественных новообразований	%	Статистические данные	Саркенова С.С.	22,5	22,7	22,9	23,1	23,3	23,5
2	Удельный вес 3-4 стадий	%	Статистические данные	Саркенова С.С.	13,8	13,7	13,6	13,5	13,4	13,3

злокачественных новообразований визуальных локализаций										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Цель 2.2 Обеспечение доступности для оказания онкологической помощи населению

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек.года	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Охват специализированным лечением первичных больных в условиях КС, ДС, КАХ.	%	Статистические данные	Альгожин Т.Б.	81	81,2	81,3	81,4	81,5	81,6

Задача: Внедрение инновационных методов диагностики и лечения

Задача: Внедрение инновационных методов диагностики и лечения										
	Показатели результатов									
1	Количество пролеченных в круглосуточном стационаре	Чел.	Статистические данные	Альгожин Т.Б.	3699	3690	3680	3670	3660	3650
2	Количество пролеченных в дневном стационаре	Чел.	Статистические данные	Альгожин Т.Б.	2799	2820	2840	2860	2880	2900
3	Количество пролеченных в КАХ	Чел.	Статистические данные	Альгожин Т.Б.	2015	2030	2045	2060	2075	2090

Стратегическое направление 3: Обучение и развитие персонала

Цель 3.1 Совершенствование системы управления

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Уровень удовлетворенности населения качеством медицинских услуг	%	Результаты анкетирования	Рынкевич Н.В.	87	88	88,5	88,9	90,1	90,3
2	Уровень удовлетворенности персонала	%	Результаты анкетирования	Рынкевич Н.В.	92	93	93,5	93,9	94,1	94,3
Задача: достижение высокого уровня удовлетворенности пациентов и сотрудников										
	Показатели результатов									
1	Увеличение удельного веса врачей амбулаторного приема	%	Отчеты кадровой службы	Иванова Г.И.	25	25,5	26	26,5	27	27,5
2	Снижение дефицита врачебных кадров	Чел.	Отчеты кадровой службы	Иванова Г.И.	3	2	2	1	1	0
3	Наличие обоснованных жалоб пациентов	Ед.	Отчеты Службы внутреннего аудита	Богомозова И.В.	0	0	0	0	0	0

Цель 3.2 Обеспечение квалифицированными кадрами, отвечающими потребностям общества

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек.года	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Ежегодное повышение квалификации и переподготовка врачей	Чел.	Отчеты кадровой службы	Иванова Г.И.	10	11	12	13	14	15
2	Ежегодное повышение квалификации	Чел.	Отчеты кадровой службы	Иванова Г.И.	25	28	31	34	37	40

	ии и переподгот овка среднего медицинско го персонала									
Задача: Обеспечение организации квалифицированными кадрами										
	Показатели результатов									
1	Удельный вес врачей, имеющих квалификац ионную категорию	%	Отчеты кадровой службы	Иван ова Г.И.	80,8	81	81,2	81,4	81,6	81,8
2	Удельный вес среднего медицинско го персонала, имеющих квалификац ионную категорию	%	Отчеты кадровой службы	Иван ова Г.И.	83,5	84	84,2	84,6	84,8	85

Стратегическое направление 4: внутренние процессы

Цель 4.1 Улучшение материально-технической базы

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек.года	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Оснащение диспансера медицинской техникой	%	Отчеты бухгалтерии	Нурхметова А.Ж.	78	79	80	81	82	83
Задача: анализ потребности в медицинской технике и составление заявки на приобретение медицинской техники										
	Показатель и результатов									

1	Анализ потребности в медицинской технике	Наличие (+), отсутствие (-)	Аналитическая справка	Сулейменов М.К.	+	+	+	+	+	+
2	Подготовка необходимого пакета документов для приобретения медицинской техники	Наличие (+), отсутствие (-)	Заявка на приобретение	Ибраимова Ш.Ж.	+	+	+	+	+	+

Цель 4.2 Обеспечение доступности к оказанию специализированной помощи онкологическим больным и лицам с подозрением на злокачественное новообразование

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	Факт тек.года	План (годы)				
						2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Целевые индикаторы									
1	Ввод здания нового диспансера в эксплуатацию	Наличие (+) Отсутствие (-)	Бухгалтерский баланс, акт приема-передачи	Сулейменов М.К.	-	-	-	-	+	+
Задача: Внедрение инвестиционного проекта «Строительство онкологического диспансера на 200 коек и поликлиники на 100 посещений в смену»										
	Показатели результатов									
1	Планомерное освоение финансов, выделенных для строительства нового диспансера	%	Акты выполненных работ	Сулейменов М.К.	0	100	100	100	100	100

5. Порядок проведения мониторинга и оценки эффективности реализации операционного плана.

Мониторинг и оценка эффективности реализации годового операционного плана осуществляется первым руководителем организации. Мониторинг проводится один раз в квартал с выводами о степени достижения целей и необходимости корректировки годового плана. Мониторинг осуществляется посредством регулярного сбора информации для изучения и анализа:

- использования ресурсов;
- выполнения запланированной деятельности;
- достижения запланированных целевых показателей.

Источниками информации для проведения мониторинга являются:

- отчеты структурных подразделений;
- отчеты об исполнении бюджетов;
- расчеты и заключения экспертов;
- государственная и ведомственная статистика;
- другие источники.

Достоверность и полнота результатов проведенного мониторинга возлагается на разработчиков и соисполнителей документов. По результатам мониторинга, в случае необходимости, осуществляется корректировка годового операционного плана.

Словарь сокращений:

СМП – специализированная медицинская помощь;

ВТМУ – высокотехнологичные медицинские услуги;

СМР - средние медицинские работники;

МО ПМСП – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи;

ПСД – проектно-сметная документация;

НПА – нормативно-правовой акт;

БП – бюджетная программа;

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
 стратегического плана на 2017-2021 годы
 КГП на ПХВ «Павлодарский областной онкологический диспансер»

№	Ф.И.О.	Должность	Подпись
п	Мукашев О.С.	Руководитель управления	
	Тулегенова С. Ч.	Заместитель руководителя управления	
	Ахметжанова А. М.	Руководитель отдела стратегического планирования и инновационных технологий	
	Акимбекова А. Е.	Руководитель отдела бухгалтерского учета	
	Балашова И. В.	Руководитель отдела экономики и бюджетного планирования	
	Омарова А. Г.	Руководитель отдела лечебно-профилактической работы	
	Елтаева Г. О.	Руководитель отдела управления персоналом и организационной работы	
	Жармакина Г. К.	Руководитель отдела охраны материнства и детства	
	Большер Е. И.	Руководитель отдела лицензирования и лекарственного обеспечения	
0.	Мусина Л. Т.	Зав. СОМИОИСЗ РЦЭЗ	