УТВЕРЖДАЮ
ДИРЕКТОР
Бейсембаев Д.Ж
_____
КГП на ПХВ «ЦПЗ»
КГУ «УЗ акимата СКО»
от «27» 03 2026 года

ОПЕРАЦИОННЫЙ ПЛАН

КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» КГУ «Управление здравоохранения акимата Северо-Казахстанской области»

на 2026 год

Петропавловск
2026 г.

1. Общие положения

Операционный план КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» (далее – ЦПЗ, Предприятие) на 2026 год разработан в целях реализации Стратегического плана ЦПЗ на 2026–2028 годы и определяет мероприятия, сроки, ответственных исполнителей, ожидаемые результаты и целевые показатели деятельности. При реализации плана учитываются требования законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения, финансово-хозяйственной деятельности, трудовых отношений, санитарно-эпидемиологического благополучия, охраны труда и пожарной безопасности, а также акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

1.1. Цель: обеспечение эффективной реализации стратегических целей ЦПЗ в 2026 году посредством рационального использования ресурсов, повышения качества и доступности медицинской помощи, обеспечения прав пациентов и устойчивого функционирования Предприятия.

1.2. Основные задачи:

- выполнение договорных обязательств по ГОБМП и ОСМС в пределах заключенных договоров и объемов финансирования; финансовая устойчивость и рациональное использование активов;
- повышение доступности специализированной помощи взрослому и детскому населению Северо-Казахстанской области;
- совершенствование качества, безопасности и преемственности помощи на амбулаторном, стационарном и стационарозамещающем этапах; подготовка к аккредитации; развитие Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы (СППиВЭ);
- развитие медико-социальной реабилитации пациентов с зависимостями, психологической помощи и сопровождения детей с РАС;
- снижение кадрового дефицита, повышение квалификации, мотивации и удовлетворенности работников;
- совершенствование внутренних процессов, материально-технической базы, информационной работы и управления рисками.

2. Стратегическое направление № 1 «Финансы»

Цель: повышение финансовой устойчивости и эффективное управление финансовыми и имущественными ресурсами.

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
1.1	Обеспечить выполнение договорных обязательств по ГОБМП: контроль объемов, сроков и качества услуг, своевременное выставление счетов, актов и реестров в ФОМС и другим заказчикам	Ежемесячно	Директор, зам. директора по медицинской части, главный бухгалтер, ИАМЦ,	Обязательства выполнены в пределах заключенных договоров; финансирование ГОБМП – 2 602 930 тыс. тенге (показ. 1); реестры предъявлены в срок

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
1.2	Анализировать доходы, расходы, финансовый результат и исполнение финансового плана; ежегодно – рентабельность и оборачиваемость активов, прибыль, долю доходов от платных услуг; при рисках дефицита финансирования, росте цен и коммунальных расходов готовить предложения по оптимизации расходов и информировать уполномоченный орган	Ежеквартально; по мере возникновения рисков	Директор, главный бухгалтер.	Ежеквартальный отчет об отклонениях с корректирующими мерами; годовой анализ финансовых показателей; своевременные предложения при финансовых рисках
1.3	Не допускать просроченной кредиторской задолженности, контролировать сроки оплаты обязательств	Ежемесячно	Главный бухгалтер,	Просроченная кредиторская задолженность – 0% (показ. 4)
1.4	Обеспечить поступление доходов от платных услуг; анализировать перечень платных услуг (спрос, себестоимость, загрузка специалистов, возможности расширения в рамках законодательства)	В течение года; мониторинг ежемесячно; анализ перечня – 1 раз в полугодие	Директор, заместитель директора по медицинской части, главный бухгалтер.	Доход от платных услуг – 98 000 тыс. тенге (показ. 2); предложения по повышению эффективности платных услуг – 2 раза в год
1.5	Обеспечить рациональное использование медикаментов, изделий медицинского назначения, продуктов питания, хозяйственных товаров, коммунальных и иных ресурсов; ежемесячно анализировать складские запасы и сроки годности, не допускать излишних и неликвидных запасов	Ежемесячно	Главный бухгалтер, главная медицинская сестра, заведующие подразделениями, заведующий хозяйством.	Расходы в пределах утвержденных бюджетных назначений и нормативов; снижение риска дефицита, списания и нерационального использования запасов
1.6	Провести инвентаризацию основных средств, зданий, помещений, оборудования, транспорта и иного имущества; определить имущество, требующее ремонта, модернизации или вывода из эксплуатации	1 раз в год	Директор, главный бухгалтер, заведующий хозяйством, ответственные за материальные ценности.	Актуализированные данные об активах и перечень необходимых мероприятий
1.7	Обосновать потребность в основных средствах и медицинском оборудовании (техническое состояние, клиническая необходимость, финансовые возможности, расширение спектра исследований на имеющемся оборудовании) и обеспечить реализацию плана приобретения	Обоснование – по мере необходимости; реализация – в течение года	Директор, заместитель директора по медицинской части, главный бухгалтер, главная медицинская сестра, ответственные за медицинское оборудование и закупки	Скорректированный план приобретения; финансирование приобретения основных средств – 54 903 тыс. тенге при условии утверждения и наличия финансирования (показ. 3)

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
1.8	Подготовить и актуализировать финансово-экономические обоснования потребности в капитальном ремонте и реконструкции объектов, включая здания и лечебные корпуса	В течение года, по срокам, согласованным с УЗ СКО и МИО	Директор, заведующий хозяйством, главный бухгалтер	Подготовленные документы и предложения для рассмотрения уполномоченными органами

3. Стратегическое направление № 2 «Клиенты и ориентированность на пациента»

Цель: создание доступной, безопасной и пациентоориентированной системы специализированной помощи, обеспечивающей права пациентов, преемственность лечения и удовлетворенность качеством услуг.

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
2.1	Обеспечить оказание специализированной психиатрической и наркологической помощи в амбулаторных, стационарных и стационарозамещающих условиях; выполнение лечения с соблюдением клинических протоколов, показаний к госпитализации и выписке; сохранение дневного стационара на 25 коек	В течение года	Зам. директора по медицинской части, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, заведующие подразделений, лечащие врачи	Коек круглосуточного стационара – 350 (показ. 7); пролечено 1 746 случаев (показ. 8); дневной стационар – 25 коек, число дней лечения – по утвержденному заданию
2.2	Обеспечить выполнение объемов медико-социальной реабилитации пациентов с зависимостями (2-й и 3-й этапы) с индивидуальным планированием реабилитации по медицинским показаниям, социальному функционированию и потребности в сопровождении	В течение года	Зам. директора по медицинской части, заведующие подразделениями МСР, лечащие врачи, психологи.	Пролечено не менее 364 пациентов (показ. 6); документированные планы реабилитации в предусмотренных случаях
2.3	Анализировать занятость коечного фонда, длительность пребывания, оборот койки, обоснованность госпитализаций и каждый случай повторной госпитализации по тому же заболеванию в течение месяца; оценивать необходимость изменения профиля или мощности подразделений при наличии медицинского, кадрового и экономического обоснования	Оценка профиля и мощности – 1 раз в год	Директор, главный бухгалтер. зам. директора по медицинской части, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, СППиВЭ, ИАМЦ, заведующие подразделениями,	Средняя длительность пребывания – не более 57,0 дня (показ. 9); повторные поступления – 0 случаев (показ. 10); предложения по изменению профиля или мощности при наличии оснований
2.4	Совершенствовать преемственность между ЦПЗ, четырьмя ПЦПЗ, кабинетами психического здоровья районных больниц и другими медицинскими организациями	В течение года	Зам. директора по медицинской части, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, заведующие ПЦПЗ и подразделений	Своевременная передача информации и обеспечение преемственности лечения

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
2.5	Анализировать доступность приема, сроки ожидания консультаций, обоснованность направлений и причины повторных обращений	Ежеквартально	Заведующие ПЦПЗ, зам. директора по медицинской части, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, СППиВЭ, эксперт	Квартальный отчет о выявленных проблемах и корректирующих мероприятиях
2.6	Подготовиться к аккредитации: анализ соответствия стандартам, актуализация документов, внутренние проверки, устранение выявленных несоответствий	В течение года, по утвержденному графику	Директор, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, СППиВЭ, заведующие подразделений	Аккредитация получена в 2026 году (показ. 18)
2.7	Обеспечить внутренний контроль качества: соблюдение клинических протоколов, СОП и требований к медицинской документации (экспертиза медицинских карт – п. 5.3), внутренние проверки; актуализировать СОП, алгоритмы, регламенты и должностные инструкции	Проведение проверок — ежемесячно. Проведение анализа — ежеквартально. Актуализация документов — по мере необходимости.	Зам. директора по качеству, СППиВЭ, эксперт, заместитель директора по медицинской части, заведующие подразделений	Несоответствия лечебно-диагностических мероприятий протоколам – 0% (показ. 11); документированные результаты проверок и контроль корректирующих мер; актуальные внутренние документы
2.8	Обеспечить профилактику ВБИ: санитарно-противоэпидемический режим, дезинфекция и стерилизация, обращение с медицинскими отходами, использование СИЗ	Постоянно; контроль ежемесячно	Эпидемиолог, специалисты по инфекционному контролю, главная и старшие медицинские сестры	ВБИ – 0% по установленной методике учета (показ. 12)
2.9	Мониторить летальность, осложнения, нежелательные события и инциденты, включая падения и травматизм пациентов; контролировать безопасную транспортировку и сопровождение маломобильных пациентов; анализировать причины и разрабатывать корректирующие меры	Ежемесячно; по каждому инциденту	Заместитель директора по медицинской части, СППиВЭ, заведующие подразделениями, главная и старшие медицинские сестры, заведующий хозяйством	Каждый инцидент зарегистрирован и разобран документально; корректирующие меры выполнены; снижение риска травм
2.10	Своевременно выявлять пациентов с высоким риском суицидального поведения, оценивать риск и выполнять индивидуальные меры безопасности	Постоянно	Лечащие врачи, психологи, заведующие подразделениями	Документированная оценка риска и выполнение мер по утвержденным алгоритмам
2.11	Обеспечить работу телефона доверия и иных утвержденных каналов обращения за психологической помощью	На постоянной основе.	Руководство ЦПЗ, психологическая служба	Информация о каналах обращения доступна; обращения регистрируются и анализируются
2.12	Обеспечить соблюдение прав пациентов, конфиденциальности данных, информированного согласия, медицинской этики и деонтологии	Постоянно	Заведующие подразделений, лечащие врачи, медицинские сестры, СППиВЭ, эксперт	Отсутствие подтвержденных нарушений

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
2.13	Проводить информационно-разъяснительную работу по психическому здоровью, профилактике зависимостей, раннему обращению за помощью, снижению стигматизации; информировать население об услугах и порядке обращения, обновлять сайт и социальные сети	Мероприятия – ежеквартально; обновление информации – в течение года по мере необходимости	Руководство ЦПЗ, психологи, специалисты ПЦПЗ, ответственные за информационную работу	Информационные мероприятия проведены ежеквартально; материалы регулярно публикуются на сайте и в социальных сетях
2.14	Проработать предложения по совершенствованию помощи детям и подросткам с РАС, включая организацию медико-социальной реабилитации с учетом стандартов и ресурсов	4 квартал	Зам. директора по медицинской части, заведующий детским психиатрическим отделением, психологи.	Обоснованные предложения по расширению или совершенствованию услуг

4. Стратегическое направление № 3 «Обучение и развитие персонала»

Цель: обеспечение ЦПЗ квалифицированными кадрами, снижение кадрового дефицита и текучести, повышение компетенций, мотивации и удовлетворенности работников.

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
3.1	Проанализировать кадровую обеспеченность, определить потребность в специалистах по подразделениям, сформировать и актуализировать план привлечения кадров	4 квартал; актуализация по мере необходимости	Директор, АКО, заведующие подразделений	Актуальный кадровый план и перечень вакантных должностей
3.2	Организовать подбор кадров: размещение вакансий, взаимодействие с медицинскими вузами, колледжами и профильными организациями, участие в ярмарках вакансий и встречах с выпускниками, целевая подготовка, практика и трудоустройство молодых специалистов	В течение года; ярмарки – по графику организаторов	Директор, АКО, заведующие подразделений	Укомплектованность врачебными кадрами – 61% (показ. 13); дефицит врачей снижен на 5 человек (показ. 15); соглашения с организациями образования в пределах компетенции
3.3	Организовать наставничество для новых сотрудников и молодых специалистов, контролировать адаптацию на рабочем месте	Постоянно; оценка ежеквартально	АКО, заведующие подразделений наставники	Наличие планов адаптации и наставничества
3.4	Обеспечить выполнение индивидуальных планов повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала	В течение года согласно утвержденного плана ПК	АКО, зам. директора по медицинской части, главная медицинская сестра, заведующие подразделений	Охват повышением квалификации и переподготовкой – 100% по утвержденному плану и обязательным требованиям (показ. 16)

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
3.5	Организовать тематическое обучение: психиатрия, наркология, психотерапия, медицинская психология, безопасность пациентов; для руководителей – управление качеством, финансовая дисциплина, управление рисками (этика, коммуникация и профилактика выгорания – п. 5.5)	Ежеквартально	Зам. директора по медицинской части, АКО, СППиВЭ, психологи, заведующие подразделений	Обучение по утвержденному графику с документированием результатов
3.6	Обеспечить обязательное обучение и допуск персонала: охрана труда, пожарная безопасность, действия при ЧС (включая тренировки по эвакуации), инфекционная безопасность; контроль обязательных медицинских осмотров и допуска к работе	По утвержденным графикам и требованиям законодательства	АКО, специалисты по охране труда, ЧС и пожарной безопасности, эпидемиолог, главная медицинская сестра, заведующие подразделений	Инструктажи, тренировки, обучение и осмотры проведены в установленные сроки с документальным подтверждением
3.7	Провести оценку удовлетворенности персонала, проанализировать причины неудовлетворенности, подготовить корректирующие мероприятия	Ежегодно, в течение года	АКО, заведующие подразделений	Удовлетворенность персонала – не менее 82% (показ. 17)
3.8	Совершенствовать мотивацию (премиальная оплата, материальное стимулирование при наличии оснований и финансовых возможностей); мониторить текучесть врачей и причины увольнений, разрабатывать адресные меры удержания	В течение года; мониторинг ежеквартально	Директор, главный бухгалтер, АКО	Текучесть врачебных кадров – не более 10% (показ. 14)

5. Стратегическое направление № 4 «Внутренние процессы»

Цель: совершенствование организации медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов, развитие материально-технической базы и обеспечение безопасности деятельности ЦПЗ.

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
4.1	Обеспечить бесперебойную работу медицинского оборудования: плановое техническое обслуживание, своевременное устранение неисправностей	По графику ТО; контроль ежемесячно	Ответственный за медицинское оборудование, главная медицинская сестра, заведующий хозяйством	Выполнение графика ТО; снижение риска внеплановых простоев
4.2	Обеспечить техническое обслуживание зданий, инженерных систем (отопление, водо- и электроснабжение, вентиляция) и санитарного транспорта; контролировать санитарное состояние помещений, пищеблока, санитарных узлов и территории	В течение года; санитарный контроль ежемесячно	Заведующий хозяйством, главная и старшие медицинские сестры, технические специалисты, заведующие подразделений	Работы выполнены в срок; неисправности и санитарные нарушения устранены
4.3	Обеспечить пожарную и электробезопасность: работоспособность систем пожарной сигнализации, оповещения, видеонаблюдения и тревожной сигнализации; проверки электрооборудования	По утвержденному графику; контроль в течение года	Специалист по ЧС и пожарной безопасности, заведующий хозяйством, технические специалисты.	Системы работоспособны; проверки проведены в срок; выявленные нарушения устранены
4.4	Оценивать профессиональные риски работников, контролировать соблюдение требований охраны труда и использование СИЗ	Ежеквартально и по мере необходимости	Ответственный за охрану труда, эпидемиолог, главная медицинская сестра,	Документированная оценка рисков и выполнение мероприятий по их снижению
4.5	Обеспечить рациональное использование информационных систем, корректность внесения данных, конфиденциальность и информационную безопасность	Постоянно	Ответственные за информационные системы, заведующие подразделений, медицинский персонал	Полнота и достоверность данных; соблюдение требований информационной безопасности
4.6	Мониторить риски Предприятия, актуализировать реестр рисков, контролировать исполнение профилактических мероприятий	Ежеквартально; при существенных рисках – незамедлительно	Директор, служба управления качеством, главный бухгалтер, АКО, заведующие подразделений	Актуальный реестр рисков; документированный контроль мер реагирования
4.7	Обеспечить исполнение поручений Управления здравоохранения, Наблюдательного совета и руководства ЦПЗ	По срокам поручений	Директор, заместители директора, заведующие подразделений	Поручения исполнены в срок, отчеты представлены

6. Стратегическое направление № 5 «Развитие Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы (СППиВЭ)»

Цель: обеспечить пациентоориентированность деятельности ЦПЗ, повысить качество и безопасность медицинской помощи, защитить права и законные интересы пациентов, усовершенствовать внутренний контроль качества медицинских услуг и снизить риск обоснованных жалоб.

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
5.1	Обеспечить работу телефонной линии для приема обращений и консультирования пациентов и их законных представителей; обеспечить открытую информацию о порядке подачи и рассмотрения обращений и защите прав; соблюдать конфиденциальность персональных данных и медицинской информации	В течение года	СППиВЭ, заместитель директора по контролю качества медицинских услуг, заведующие подразделений, психологи	Линия работает, информация доступна пациентам; все обращения регистрируются в журнале
5.2	Рассматривать обращения оперативно, по принципу «здесь и сейчас»: выявлять причины недовольства, принимать корректирующие меры на уровне подразделений; обеспечить взаимодействие СППиВЭ с руководителями отделений, лечащими врачами, средним медицинским персоналом и администрацией; анализировать обоснованные жалобы, выявлять системные причины и проводить профилактику; рассматривать обращения объективно и своевременно по законодательству РК	По каждому обращению; анализ обоснованных жалоб – ежемесячно	СППиВЭ, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, заведующие отделений, лечащие врачи, средний медицинский персонал	Обращения, рассмотренные в срок, – 100% (показ. 19); урегулировано на внутреннем уровне – не менее 85% (показ. 20)
5.3	Проводить внутренний аудит качества: экспертиза не менее 10% медицинских карт стационарных больных и карт амбулаторного динамического наблюдения по программе выборочного контроля (обоснованность госпитализации, полнота обследования, своевременность диагностики, обоснованность лечения, соблюдение клинических протоколов и актов МЗ РК, полнота документации, преемственность стационарного и амбулаторного этапов); оформлять результаты, разрабатывать корректирующие и предупреждающие меры, контролировать устранение дефектов; анализировать	Ежемесячно	СППиВЭ, эксперт, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, заместитель директора по медицинской части	Охват экспертизой – не менее 10% (показ. 22); оформленные результаты, корректирующие меры и контроль устранения дефектов

№	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат / показатель
	повторные дефекты и информировать руководство ЦПЗ о системных рисках			
5.4	Контролировать безопасность лекарственной терапии: выборочный аудит обоснованности назначения психофармакотерапии, выявление необоснованной полипрагмазии и рисков лекарственных взаимодействий, контроль формулярной системы и документирования назначений.	В течение года, по программе выборочного контроля	СППиВЭ, эксперт, зам. директора по медицинской части, зам. директора по контролю качества медицинских услуг, заведующая аптекой ,	Результаты аудита документированы; выявленные случаи полипрагмазии и рисков взаимодействий разобраны, корректирующие меры выполнены
5.5	Организовать обучающие мероприятия для медицинского и немедицинского персонала по бесконфликтной коммуникации, недопущению стигматизации и дискриминации, конфиденциальности и защите достоинства пациентов; проводить меры против выгорания и конфликтов в коллективе; разбирать сложные коммуникативные ситуации	В течение года	зам. директора по контролю качества медицинских услуг, СППиВЭ, эксперт, АКО, заведующие структурных подразделений	Не менее 2 обучающих мероприятий (показ. 23); 4–6 мероприятий по профилактике выгорания (показ. 24)
5.6	Проводить анонимное анкетирование пациентов и их законных представителей (бумажные и цифровые инструменты), анализировать результаты по подразделениям, разрабатывать мероприятия по улучшению услуг, рассматривать итоги на совещаниях с руководителями подразделений и контролировать исполнение решений	Ежеквартально; итоги – на совещаниях руководителей	СППиВЭ, заместитель директора по контролю качества медицинских услуг, заведующие структурных подразделений	Анкетирований в 2026 г. – 3 (показ. 21); удовлетворенность пациентов – 96% (показ. 5); принятые решения выполнены

7. Плановые целевые показатели ЦПЗ на 2026 год

Единый перечень измеримых показателей; ответственные исполнители определены в мероприятиях, указанных в последнем столбце.

№	Показатель	Ед. изм.	План на 2026 год	Источник информации	Пункт плана
1	Финансирование в рамках ГОБМП	тыс. тенге	2 602 930	Финансовая отчетность, договоры	1.1
2	Доход от платных услуг	тыс. тенге	98 000	Финансовая отчетность	1.4
3	Приобретение основных средств	тыс. тенге	54 903	Финансовый план, документы закупок	1.7
4	Просроченная кредиторская задолженность	%	0	Финансовая отчетность	1.3
5	Удовлетворенность пациентов	%	95	Результаты анкетирования	5.6

№	Показатель	Ед. изм.	План на 2026 год	Источник информации	Пункт плана
6	Пациенты, пролеченные на 2-м и 3-м этапах МСР (наркология)	человек	не менее 364	Статистическая отчетность	2.2
7	Количество коек круглосуточного стационара	коек	350	Утвержденная структура, статистическая отчетность	2.1
8	Пролеченные пациенты круглосуточного стационара	случаев	1 746	Статистическая отчетность	2.1
9	Средняя длительность пребывания в стационаре	дней	не более 57,0	Статистическая отчетность	2.3
10	Повторные поступления в течение месяца по тому же заболеванию	случаев	0	Медицинские карты, отчет о внутреннем контроле	2.3
11	Несоответствия лечебно-диагностических мероприятий протоколам	%	0	Внутренний контроль качества	2.7
12	Внутрибольничные инфекции	%	0	Данные инфекционного контроля	2.8
13	Укомплектованность врачебными кадрами	%	61	Кадровая отчетность	3.2
14	Текучесть врачебных кадров	%	не более 10	Кадровая отчетность	3.8
15	Снижение дефицита врачебных кадров	человек	5	Кадровая отчетность	3.2
16	Врачи, прошедшие повышение квалификации и переподготовку	%	100	Отчеты по обучению	3.4
17	Удовлетворенность персонала	%	не менее 82	Результаты анкетирования	3.7
18	Аккредитация медицинской организации	статус	получена в 2026 году	Документы аккредитации	2.6
19	Зарегистрированные обращения, рассмотренные в установленный срок	%	100	Журнал регистрации обращений	5.2
20	Обращения и жалобы, урегулированные на внутреннем уровне без обращения заявителей в вышестоящие органы	%	не менее 85	Журнал регистрации обращений	5.2
21	Ежеквартальное анкетирование пациентов и законных представителей	1 раз в квартал	3	Отчеты по анкетированию	5.6
22	Охват внутренней экспертизой медицинских карт стационарных больных и амбулаторного динамического наблюдения	%	не менее 10	Планы и отчеты внутреннего аудита	5.3
23	Обучающие мероприятия по этике, деонтологии и бесконфликтной коммуникации	в год	не менее 2	План обучения и отчеты	5.5
24	Мероприятия по профилактике профессионального выгорания	в год	4–6	План обучения и отчеты	5.5

8. Организация исполнения и контроля

8.1. Ответственность за исполнение

Руководители структурных подразделений обеспечивают исполнение мероприятий в пределах компетенции и своевременно представляют отчетность. Координацию осуществляют: заместитель директора по медицинской части – организацию помощи, качество лечения и преемственность; главный бухгалтер и экономическая служба – финансовые показатели и финансовые риски;

начальник АКО – кадровое обеспечение, обучение, адаптацию и мотивацию; служба управления качеством – внутренний контроль качества и безопасности, анализ несоответствий и нежелательных событий; СППиВЭ – работа с обращениями и обратной связью, внутренняя экспертиза, мониторинг удовлетворенности пациентов.

8.2. Периодичность мониторинга

- **Ежемесячно:** финансовые показатели, движение пациентов, коечный фонд, обращения и жалобы, кадровая ситуация, состояние объектов и оборудования;
- **Ежеквартально:** целевые индикаторы, результаты внутреннего контроля качества, риски, корректирующие мероприятия, удовлетворенность пациентов и персонала;
- **По итогам полугодия:** промежуточная оценка результатов и предложения по корректировке мероприятий;
- **По итогам года:** исполнение договоров, сводный отчет об исполнении плана, оценка достижения показателей, предложения для планирования следующего периода;
- **Незамедлительно:** информирование руководства о событиях, угрожающих жизни и здоровью пациентов и работников, существенных нарушениях законодательства и рисках финансовой устойчивости.

8.3. Порядок отчетности

Руководители подразделений представляют сведения об исполнении мероприятий и показателей в сроки и по форме, установленным директором. Сводная информация формируется на основании подтвержденных данных финансовой, кадровой, статистической и медицинской отчетности. При отклонениях исполнители представляют причины, корректирующие мероприятия, сроки и достигнутые результаты. Итоги рассматриваются на рабочих совещаниях руководства, а в предусмотренных случаях – на заседаниях Наблюдательного совета.

8.4. Управление рисками

Вид риска	Проявления	Меры реагирования
Финансовые	Рост стоимости ресурсов, снижение поступлений, образование задолженности	Ежемесячный финансовый анализ, контроль закупок и расходов, предложения по корректировке бюджета
Кадровые	Дефицит врачей, текучесть, профессиональное выгорание	Активный подбор, наставничество, обучение, анализ причин увольнений, совершенствование мотивации
Медицинские	Нарушение клинических протоколов, нежелательные события, суицидальные риски, повторные госпитализации	Внутренний контроль качества, оценка индивидуальных рисков, разбор случаев, контроль корректирующих мер
Инфекционные	ВБИ, профессиональное инфицирование работников	Санитарно-противоэпидемический режим, СИЗ, обучение, инфекционный контроль
Инфраструктурные	Износ зданий, неисправность оборудования, аварии инженерных систем, пожары, ЧС	Плановое ТО, контроль систем безопасности, своевременное устранение неисправностей
Репутационные	Неудовлетворенность пациентов, стигматизация, снижение доверия населения	Соблюдение прав пациентов, качество обслуживания, информационно-разъяснительная работа, рассмотрение обращений