Утверждаю
Директор
КГП «Областной центр крови»
_____ С.Амиркулова
«26» июня 2026г.

Годовой отчет по Стратегическому плану КГП «Областной центр крови» за 2025 год



СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1.	**О ПРЕДПРИЯТИИ**	
1.1.	Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)	**3-24 стр.**
1.2.	Стратегия развития (стратегические цели и задачи)	**24 стр.**
РАЗДЕЛ 2.	**КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ (для организации с корпоративным управлением)**	
2.1.	Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров	**25-26 стр.**
2.2.	Состав и деятельность Службы поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы	**26-27 стр.**
РАЗДЕЛ 3.	**ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ**	
3.1.	Ключевые показатели деятельности (по плану развития)	**27-29 стр.**
3.2.	Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)	**30 стр.**
РАЗДЕЛ 4.	**ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ. МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ БЮДЖЕТА**	
4.1.	Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)	**30-31стр.**
4.2.	Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе	**31 стр.**
4.3.	Отчет об изменениях в капитале	**31 стр.**
4.4.	Отчет о движении денежных средств	**28 стр.**
4.5.	Оценка эффективности использования основных средств	**32 стр.**
4.6.	Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода	**32-33стр.**
РАЗДЕЛ 5.	**ПАЦИЕНТЫ**	
5.1.	Привлечение (прикрепление) пациентов	**33 стр.**
5.2.	Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.	**33 стр.**
5.3.	Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.	**33-34 стр.**
5.4.	Безопасность пациентов	**34 стр.**
5.5.	Управление рисками в работе с пациентами	**34-36 стр.**
РАЗДЕЛ 6.	**КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА**	
6.1.	Основные показатели эффективности HR-менеджмента: обучение и переподготовка ключевых специалистов, текучесть кадров (по всем категориям), удовлетворенность работников условиями труда	**36-42 стр.**
6.2.	Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты труда	**42 стр.**
6.3.	Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)	**42-43 стр.**
6.4.	Управление рисками в работе с персоналом	**43 стр.**
РАЗДЕЛ 7.	**ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**	
7.1.	Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)	**43-44 стр.**
7.2.	Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)	**44-45 стр.**
7.3.	Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.	**45 стр.**
7.4.	Новые технологии, патенты, научные и клинические исследования.	**45 стр.**
РАЗДЕЛ 8.	**ПРИЛОЖЕНИЯ**	**46-49 стр.**

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

МИССИЯ

«Спасение человеческих жизней через донорское движение, высокие технологии, интеллектуальный потенциал и профессионализм".

ВИДЕНИЕ

Ведущий региональный центр крови, выпускающий безопасные компоненты крови, соответствующие международным стандартам качества, с высоким уровнем медицинского обслуживания.

ЦЕННОСТИ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

- Профессионализм и компетентность коллектива;
- Высокое качество оказываемых медицинских услуг;
- Уважение чести и достоинства донора (пациента), и соблюдение права на тайну личной информации;
- Улучшение результативности динамично развивающейся системы менеджмента качества;
- Взаимовыгодное отношение с бизнес - партнерами и поставщиками на различных уровнях.

КГП «Областной центр крови», осуществляет:

1. **Медицинскую деятельность, согласно Государственной лицензии от 18.04.2013 года № 000979:**

1) ***Приложение к лицензии №001***

❖ Заготовка, консервация, переработка и хранение крови и ее компонентов:
- заготовка, консервация, переработка, хранение крови и ее компонентов
- хранение и реализация крови и ее компонентов

❖ Лабораторная диагностика:
-лабораторная диагностика вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-диагностика)
-общеклинические исследования
-серологические исследования
-бактериологические исследования
-биохимические исследования
-иммунологические исследования

2) ***Приложение к лицензии №005***

❖ Консультативно-диагностическая медицинская помощь взрослому населению по специальностям:
-трансфузиология

3) ***Приложение к лицензии №007***

❖ Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению по специальностям:
-консультативно-диагностическая помощь
-трансфузиология

❖ Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям:
-консультативно-диагностическая помощь
-терапия
-первичная медико-санитарная помощь
-доврачебная

4) ***Приложение к лицензии №008***

❖ Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению по специальностям:
-консультативно-диагностическая помощь
-функциональная диагностика

5) ***Приложение к лицензии №009***

❖ Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям:
-консультативно-диагностическая помощь
-общая врачебная практика

6) ***Приложение к лицензии №010***

❖ Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению по специальностям:
- консультативно-диагностическая помощь

- медицинская реабилитология, восстановительное лечение
- лечебная физкультура
- массаж

7) Приложение к лицензии № 11

❖ Стационарозамещающая помощь взрослому населению по специальностям:

-терапия
-диагностика
-функциональная
-медицинская реабилитология, восстановительное лечение
-лечебная физкультура
-массаж
-физиотерапия

8) *Приложение к лицензии №32*

❖ Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям:

-консультативно-диагностическая помощь
-медицинская реабилитология, восстановительная лечение
-физиотерапия

2. Фармацевтическую деятельность, согласно Государственной лицензии от 15.03.2017 года № 17004582:

1) *Приложение к лицензии №001*

❖ Розничная реализация лекарственных средств

В составе КГП «Областной центр крови» функционируют 9 структурных подразделений:

- отделение комплектования доноров
- отделение заготовки крови и ее компонентов
- отделение выдачи продукции (экспедиция) с блоком карантинизации, выбраковки и временного хранения компонентов крови
- отдел контроля качества
- отдел организационно - методической работы
- медицинская лаборатория
- хозяйственный отдел
- служба управления персоналом
- финансово-экономический отдел

Укомплектованность и квалификационная характеристика кадровых ресурсов

Повышение кадрового потенциала медицинского и административно-управленческого персонала является одним из ключевых элементов конкурентоспособности и стабильного экономического развития. Численность сотрудников в 2025 году 138 человек, в том числе:

- врачи - 24 (2023 год – 26, 2024 год – 25);
- средние медицинские работники - 43 (2023 год – 38, 2024 год – 37);
- младший медицинский персонал - 20 (2023 год – 19, 2024 год – 19);
- прочий не медицинский персонал - 51 (2023 год – 55, 2024 год – 51).

В 2025 году принято 5 специалиста с высшим медицинским образованием, уволено 5 врачей (в т.ч. 1 – ПМЖ, 3 - в связи с поступлением в резидентуру). Среднего медицинского персонала принято – 8, уволено – 3 (в т.ч. 1 – поступление в ВУЗ, 2 – собственное желание). Сотрудников достигших пенсионного возраста - 2 (в том числе средний медицинский персонал – 1, прочий персонал - 1).

Наименование	2023 год	2024 год	2025 год
Врачи, всего	26	25	24
из них, 2 категории	1	0	1
из них, 1 категории	3	2	3
из них, высшей категории	4	1	2
из них, без категории	18	22	18
Категорированность врачей (%)	31	12	25
Укомплектованность штатов врачей (%)	95	95	96
Средний медицинский персонал, всего	38	37	43
из них, 2 категории	4	3	2
из них, 1 категории	4	1	5
из них, высшей категории	12	3	13
из них, без категории	18	30	23
Категорированность СМП (%)	53	19	47
Укомплектованность штатов СМП (%)	100	100	100

Ведется планомерная работа по укреплению и обучению кадрового состава.

Финансирование обучения и аттестации

(тыс. тенге)

Наименование	2023 год		2024 год		2025 год	
	Количество сотрудников	Сумма	Количество сотрудников	Сумма	Количество сотрудников	Сумма
Ежегодное прохождение повышения квалификации, переподготовки врачей	16	1 185 180	8	567 450	8	736 980
Ежегодное прохождение повышения квалификации средних медицинских работников	14	299 660	6	108 000	16	389 000
Прохождение аттестации врачей	-		-	-	-	-
Прохождение аттестации средних медицинских работников	-		-	-	-	-
Итого:	**30**	**1 484 840**	**14**	**675 450**	**24**	**1 125 980**

Повышение квалификации проводится по плану - 100% от потребности. За 2025 год повышение квалификации прошли 8 врачей и 16 средних медицинских работников. Расходы на обучение и прохождение аттестации в 2025 году составили 1 333,28 тыс.тенге, в том числе основной персонал составляет 1 125,98 тыс. тенге, прочий персонал составил – 207,3 тыс. тенге, что на 297,83 тенге меньше, чем за 2024 год.

Здание КГП «Областной центр крови» построено в рамках реализации программы «100 школ 100 больниц», занимает территорию 1,9 га, общая площадь административного здания и вспомогательных помещений - 13 272 кв.м.

Здание КГП «Областной центр крови» имеет:

1)Главный корпус в составе:

- Блок А -2-х этажное здание с размещением административно-служебных и вспомогательных служб, с техэтажом.
- Блок Б - 4-х этажное здание с подвалом предназначен для работы с донорами и донорской кровью, с техэтажом.

2)Блок вспомогательных сооружений:

- Одноэтажное здание, предназначено для хранения, комплектования, снаряжения и техосмотра автоспецтранспорта перед выездом в экспедицию, как для забора крови у доноров, так и доставки крови потребителю.

Материально-техническое оснащение по данным СУМТ составляет 100 % на общую первоначальную стоимость 2 743 580,83 тыс. тенге и состоит из:

- медицинского оборудования в количестве 583 единицы на общую первоначальную стоимость 1 150 858,11 тыс. тенге;
- зданий, сооружений и прочих основных средств на общую первоначальную стоимость 1 592 722,72 тыс. тенге.

За период 2023-2025 годы
проведен закуп оборудования (тенге)

№	Наименование	2023г.	2024г.	2025г.
	Всего, в т.ч.	**16 727 427,65**	**15 949 475,81**	**76 286 864,00**
1	Сервер оборудование			
2	МФУ и принтеры	**2 507 791,17**		
3	Мониторы	**2 036 160,0**	**2 879 760,00**	
4	Системные блоки	**4 078 596,48**	**6 719 975,81**	
5	Ноутбуки			
6	Телефония			
7	Термотрансферный принтер	**500 000,00**		
8	Двухканальный коагулометр Helena C-2	**1 361 000,00**		
9	Уравновешиватель стаканов центрифуги УСЦ-01	**1 836 800,00**		
10	Облучатель-рециркулятор воздуха Дезар-Кронт	**318 080,00**		
11	Стерилизатор	**4 089 000,00**		
12	Автоматический гематологический анализатор XP-300		**3 359 000,00**	
13	Ротатор BioRS-24 (-20 +60)		**260 740,00**	
14	Электрозапаиватель полимерных магистралей "Т-Солдер - 03"		**2 730 000,00**	
15	Устройство для стерильного запаивания трубок пластикатных контейнеров с кровью TSCD II			**8 506 400,00**
16	Напольная низкоскоростная центрифуга			**19 900 000,00**
17	Морозильник для хранения вакцин «Haier Biomedical Deep Freezer 92262 series» (от -10 до -40)			**3 700 000,00**
18	Морозильная камера со сверхнизкой температурой Deep Vaccine Freezer DW-HL 528-S (от -40 до -86)			**13 409 144,00**
19	Центрифуга Таглер настольная лабораторная медицинская с ротором СМ-12			**2 633 000,00**
20	Шкаф сушильный ШС-80-01 СПУ +200			**308 240,00**
21	Миксер донорской крови T-RAC II с принадлежностями			**10 351 800,00**
22	Устройство для запаивания трубок Terumo T-SEAL III			**3 400 000,00**
23	Электропаяльник T-SEAL Mobile с аккумуляторной батареей			**10 200 000,00**
24	Инкубатор IN55			**2 078 280,00**
25	Центрифуга для медицинской промышленности TDL5M			**1 800 000,00**

Техническое и сервисное обслуживание

Техническое и сервисное обслуживание медицинского оборудования проводится в соответствии с техническими требованиями к оборудованию. Сумма затрат на техническое и сервисное обслуживание медицинского и технологического оборудования:

В 2025 году проведено техническое и сервисное обслуживание 19 единиц медицинского и технологического оборудования с периодичностью указанной в технической спецификации на сумму 31 286,8 тыс. тенге, поверку 272 прибора на сумму 489,44 тыс. тенге.

В 2024 году проведено техническое и сервисное обслуживание 36 единиц медицинского и технологического оборудования с периодичностью указанной в технической спецификации на сумму 36 364,3 тыс. тенге, поверку 272 прибора на сумму 436,80 тыс. тенге.

В 2023 году проведено техническое и сервисное обслуживание 22 единиц медицинского и технологического оборудования на сумму 43 192,6тыс. тенге, поверку 318 приборов на сумму 611,0тыс. тенге.

Анализ финансово-хозяйственной деятельности за 2023-2025 гг.

Предприятием в 2025 году получено финансирование в рамках ГОБМП на производство и обеспечение медицинских организаций компонентами и препаратами крови в размере 1 996 224,00 тыс. тенге, потребность в компонентах крови в рамках ГОБМП составила – 36 757 услуг.

Доход от платных услуг в 2025 году составил 42 496,56 тыс. тенге. Снижение дохода от платных услуг составило – 15,8 % по сравнению 2024 годом, где доход составил 50 487,34 тыс. тенге.

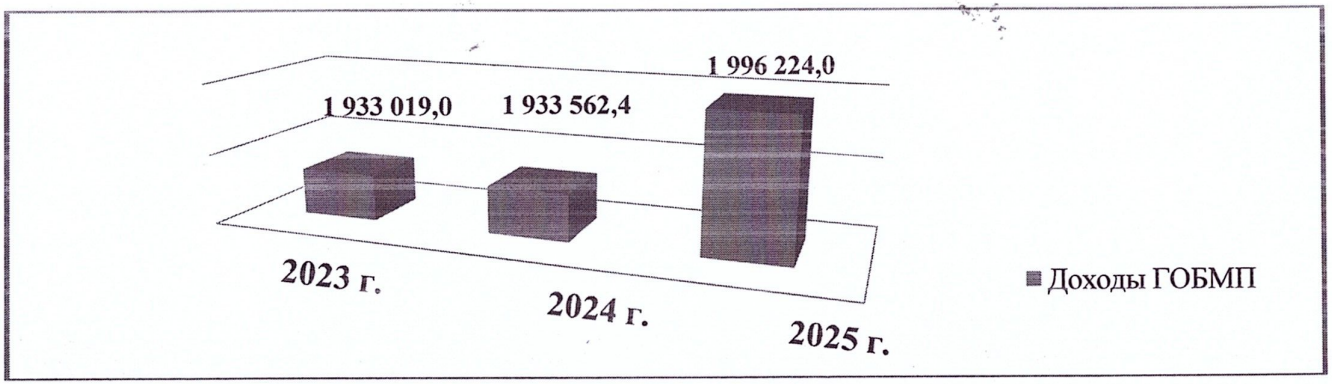
Виды финансирования	**2023 год**	**2024 год**	**2025 год**	**Отклонения с 2024 года (-, +)**
Всего, в т.ч.:	1 980 494,94	1 984 049,75	2 038 720,56	+2,8
госзаказ	1 933 019,0	1 933 562,41	1 996 224,00	+ 3,24
платные услуги	47 475,94	50 487,34	42 496,56	-15,8

Анализ финансирования в рамках ГОБМП за 2023-2025 гг.

Программы ГОБМП	**2023год**	**2024 год**	**2025 год**	**Отклонения с 2024 года (-, +)**
Всего, в т.ч.:	1 933 019,0	1 933 562,41	1 996 224,00	+ 62 661,59
-производство крови, её компонентов и препаратов	1 933 019,0	1 933 562,41	1 996 224,00	+ 62 661,59

Финансирование ГОБМП по программе "Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций здравоохранения" по сравнению с 2024 годом увеличилось на 3,24 %.

Динамика финансирования ГОБМП за 2023-2025гг. (тыс.тенге)



Фонд заработной платы в 2025 году составил 571 099,00 тыс. тенге, что на 29 268,48 тыс. тенге больше чем в 2024 году. В том числе начислено 29 604,95 тыс. тенге в качестве премии, начислено 19 188,46 тыс. тенге выплаты от доходов за оказание платных услуг.

Анализ работы службы крови области за 2023-2025 годы

КГП "Областной центр крови" является единственной организацией в Карагандинской области, по производству компонентов крови. Обеспечивает компонентами крови 30 медицинских организаций Карагандинской области и 6 медицинских организаций области Ұлытау.

В соответствии с приказом УЗ КО от 28.02.2025 года №119-ө проведен мониторинг в 30 медицинских организациях на соблюдение требований по оказанию трансфузионной помощи населению области (2022г - 38, 2023 – 31, 2024г - 28), оказывающих стационарную помощь и в 41 амбулаторно-поликлинических организациях (2022г - 51, 2023г – 37, 2024г - 37) по вопросам трансфузиологии и обследованию реципиентов компонентов крови и доноров, с выявленными положительными результатами на гепатиты В и С.

В медицинские организации организованы выезды рабочей группы, изучен вопрос организации трансфузиологической помощи и соответствие деятельности действующим нормативам, утвержденных МЗ РК (наличие лицензии, соответствующих кадров, сертификации специалистов, оснащение медицинским оборудованием, порядок проведения лабораторных исследований, ведение медицинской документации, обследование реципиентов, доноров на трансфузионные инфекции на

амбулаторно-поликлиническом уровне). В ходе мониторинга в УЗ КО представлены 3 ежеквартальных информации. Итоговая информация в разрезе медицинских организаций по выявленным несоответствиям нормативно – правовым актам представлена в УЗ КО от 21.11.2025г. №7-4-681.

Вопрос по организации трансфузионной помощи в медицинских организациях области рассмотрен в УЗ КО на 2-х рабочих совещаниях 16.07.2025 года, 31.10.2025 года. По поручениям данных в ходе рабочих совещаний Управлением здравоохранения на базе КГП «Областной центр крови» заслушаны отчеты руководителей медицинских организаций 14.08.2025г., 29.08.2025г., 11.09.2025г., 25.09.2025г., 09.10.2025г., 23.10.2025г.

В КГП "Областной центр крови" для врачей медицинских организаций области, занимающихся переливанием крови и ее компонентов, организовано проведение однодневного цикла стажировки по теме: «Порядок оказания трансфузионной помощи в медицинских организациях» с освоением методики определения группы и резус принадлежности крови, за 2025 год обучено - 70 врачей (2023г - 158, 2024г - 123).

В формате ZOOM – конференции 28.02.2025г., 25.04.2025г., 10.11.2025г. по вопросам организации трансфузиологической помощи проведено обучение 226-и врачей из 31-й медицинской организации.

В конференциях и семинарах республиканского уровня приняли участие 5 сотрудников.

Зарегистрировано обращений на донацию крови и её компонентов 21 462 (2024 г – 20 899, 2023 г – 19 555), что на 563 (2,7%) обращений больше, чем в 2024 году, в связи с увеличением потребности медицинских организаций в эритроцитсодержащих компонентах и аферезных тромбоцитах. Допущено к донации крови и её компонентов 75,8% от обратившихся потенциальных доноров. Зарегистрировано доноров - 16 272 (2024 год – 16 256, 2023 г –14 665), что на 16 (0,1%) доноров больше, чем в 2024 году. Проведено донаций крови и её компонентов - 16 310 (2024 г –16 305 , 2023 г – 15 060), что на 5 (0,03%) донаций больше, чем в 2024 году.

Для возможности своевременного обеспечения компонентами крови 2025 году было организовано 48 выездных донорских сессий в медицинские организации, учебные учреждения, войсковые части, крупные промышленные предприятия, торгово-развлекательные центры области. Общее количество доноров, осуществивших донацию крови во время выездных донорских сессий – 1 877 доноров, что составляет 11,5 % от общего количества доноров (16 272 доноров).

Разработанна и утверждена Программа межведомственного взаимодействия по развитию донорства крови и гемопоэтических стволовых клеток в Карагандинской области на 2025–2026 годы, направленная на повышение информированности населения Карагандинской области, популяризацию участия в донорстве крови и гемопоэтических стволовых клеток, а также на оздоровление доноров и повышение качества жизни пациентов, нуждающихся в лечении.

В рамках реализации указанной Программы проводились лекции в высших и средних учебных заведениях, а также информационные акции в торгово-развлекательных центрах с определением группы крови. Совместно с КГКП «Управление парками культуры и отдыха акимата города Караганды» 14.06.2025 года проведено праздничное мероприятие в Центральном парке города Караганды, приуроченное к Всемирному дню донора с чествованием регулярных доноров и лиц, участвующих

в организации дней донора с вручением медалей, грамот, благодарственных писем, подарков. Было награждено 70 доноров и 7 представителей организаций, принимающих участие в развитии безвозмездного донорства.

В КГП «Областной центр крови» УЗКО проведен 15.10.2025г. день донора ГСК. В ходе мероприятия проводилась разъяснительная и агитационная работа с донорами, направленная на повышение осведомленности и привлечение новых участников в Регистр доноров ГСК. Сдали образцы крови и заполнили заявление для вступления в регистр доноров ГСК 12 человек. Всего за 2025 год вступили в Регистр доноров ГСК 75 человек.

В 2025 году заготовлено 11 555,907 литра консервированой крови (16 282 дозы) (2022 год -15 536 доз и 11 240,9 литров консервированой крови, 2023 год - 15 037 доз и 10 834,2 л консервированой крови, 2024 год - 16 274 дозы и 11 462,7 л консервированой крови). Объем заготовки крови в рамках ГОБМП выполнен на 100%. Заготовка крови обеспечена за счет безвозмездного донорства 100%, доля платных донаций крови и ее компонентов составила 0%.

За 2025год в медицинские организации Карагандинской области и области Ұлытау выдано 28 386 компонентов крови (2022г - 28 806 доз препаратов крови, 2023 год - 28 232 дозы препаратов крови, 2024г - 28 222 дозы компонентов крови). Выдача гемопродукции осуществлялась своевременно, с учетом заявок медицинских организаций в рамках ГОБМП и в соответствии с выделенным объемом финансирования. В 2025году выдано на 164 компонента крови больше, в связи с увеличением потребности медицинских организаций. Выполнение заявок медицинских организаций и уровень удовлетворенности качеством выпускаемых компонентов крови составляет 100%.

Повышение качества медицинских услуг

С целью повышения качества медицинских услуг и в соответствии с Приказом от 11.12.2025года № 1683-ОД «Об аккредитации и переоформлении аттестатов аккредитации» осуществлён переход на СТ РК ISO 15189 – 2023. Аттестат аккредитации № KZ.M.10.2227 от 21.10.2024 года действителен до 21.10.2029 года.

КГП «Областной центр крови» подтвердил 20.12.2023 года соответствие стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови с присвоением высшей категории (приказ от 20.12.2023 года №201, свидетельство от 20.12.2023г. № KZ85VEG00013979, действительно до 20.12.2026 года).

Доноры и донации

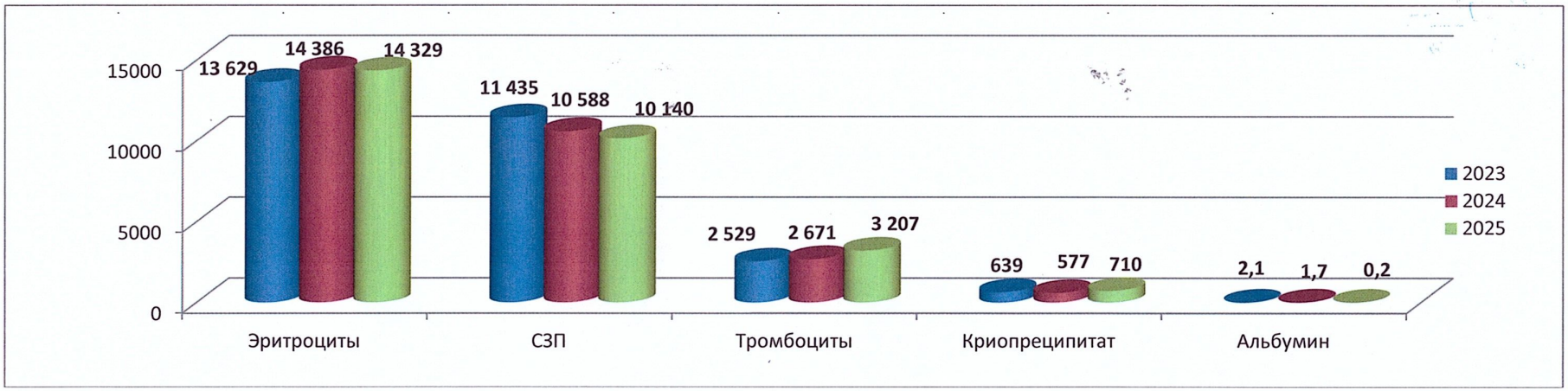
(тыс. тенге)

Наименование	2022 год		2023 год		2024 год		2025 год	
	Абс.	Сумма	Абс.	Сумма	Абс.	Сумма	Абс.	Сумма
Заготовлено консервированной крови (л)	11 240,9		10 834,2		11 462,7		11 555,907	
Заготовлено консервированной крови (д)	15 536		15 037		16 274		16 282	
Всего доноров	14 281		14 665		16 256		16 272	
Всего донаций, из них:	15 582		15 060		16 305		16 310	
• донаций крови	14 924	11 132,6	14 460	12 479,0	15 689	14 480,9	15 702	14 979,9
• донаций клеток	658	504,0	600	517,8	616	568,6	608	580,0
• донаций плазмы	0	0	0	0	0	0	0	0
Безвозмездных донаций	15 582	11 636,6	15 060	12 996,8	16 305	14 739,5		15 559,91
Платных донаций	0	0	0	0	0	0	0	0
Показатель донаций на 1000 населения	11,5		11,1		12,0		12,1	
Показатель донаций на 1000 по РК	12,0		12,5		12,4		12,5	

Для обеспечения компонентами крови МО области за период 2023 - 2025 гг. было выделено финансирование в рамках ГОБМП на общую сумму 1 996 224,00 тыс. тенге.

Наименование	2023 год	% роста	2024 год	% роста	2025 год	% роста
Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций (тыс. тенге)	1 933 019,0	4,2	1 933 562,41	0,03	1 996 224.00	3,24

За период 2023-2025 гг. выдано в медицинские организации компонентов крови:



Выдано в медицинские организации за 2023 - 2025 гг. компонентов крови, в том числе:

№ п/п	Наименование	ед.изм	2023 год	%	2024 год	%	2025 год	%
1	Эритроциты	доза	13 629	48,2	14 386	51,0	14 329	50,5
2	СЗП	доза	11 435	40,5	10 588	37,5	10 140	35,7
3	Тромбоциты	доза	2 529	9,0	2 671	9,5	3 207	11,3
4	Криопреципитат	доза	639	2,3	577	2,0	710	2,5
	ИТОГО	доза	**28 232**		**28 222**		**28 386**	
5	Альбумин 10%	литр	2,1		1,7		0,2	

В 2025 году выдано:

-Эритроцитов на 57 доз (-0,4%) меньше, чем в 2024 г.;
-СЗП на 448 доз (- 4,2%) меньше, чем в 2024 г.;
-Тромбоцитов на 536 доз (20,0%) больше, чем в 2024 г.;
-Криопреципитата на 133 дозы (23,0%) больше, чем в 2024 г.;
-Альбумин 10% на 1,5 л (-88,2%) меньше, чем 2024 г.

Обеспечение безопасности компонентов крови

Для повышения иммунологической и инфекционной безопасности трансфузионной терапии используются новейшие технологии и современное оборудование, в том числе:

1. Функционирует автоматизированная информационная система «InfoDONOR», что позволяет осуществлять: отвод лиц, имеющих абсолютные противопоказания к донорству, визуальную идентификацию доноров, автоматическое считывание данных удостоверения личности, визуальное приглашение в кабинеты, проведение автоматической выбраковки, маркировки с учетом результатов лабораторных исследований, контроль по заготовленным компонентам крови.
2. С 2016 года на трансмиссивные инфекции проводится 2-х этапный скрининг образцов донорской крови методом ИХЛА и ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа, доля скрининга образцов донорской крови составляет 100%.

Исследования на трансмиссивные инфекции

(тыс. тенге)

Наименование	2023 год		2024 год		2025 год	
	(%)	Сумма	(%)	Сумма	(%)	Сумма
Доля скрининга образцов донорской крови методом ИФА (ИХЛА): -на автоматических системах закрытого типа -на автоматических системах открытого типа	100	157 343,5	100	151 590,2	100	157 374,66
Доля скрининга образцов донорской крови методом ПЦР на автоматических системах закрытого типа	100	125 162,7	100	109 863,2	100	137 847,65

1. Иммуногематологические исследования образцов крови 100% проводится на автоматических анализаторах.
2. Обеспечивается безопасность компонентов крови путем применения следующих методов:
   - лейкофильтрация компонентов крови;
   - карантинизация свежезамороженной плазмы;
   - вирусинактивация плазмы и тромбоцитов.

Показатели финансового обеспечения безопасности крови и ее компонентов

(тыс. тенге)

Метод обеспечения безопасности	Компоненты крови	2023 год		2024 год		2025 год	
		%	Сумма	%	Сумма	%	Сумма
Лейкофильтрация	Тромбоциты	100	190 260,0	100	138 088,0	100	228 514,00
	Эритроциты	100		100		100	
	Плазма	45,8		100		100	
Карантинизация	Свежезамороженная плазма	0	0	0	0	0	0
Вирусинактивация	Плазма	54,2	322 559,9	54,2	422 527,4	63,0	382 677,2
	Тромбоциты	100		100		100	
Итого			**512 819,9**		**560,615**		**611 191,20**

Обеспечение медицинских организаций области компонентами крови за 2023 – 2025 годы

(тыс. тенге)

№ п/п	Наименование компонентов крови	2023 год		2024 год		2025 год	
		доз	сумма	доз	сумма	доз	сумма
1.	Эритроцитсодержащие компоненты, из них:	**13 629**	**609 341**	**14 164**	**652 784**	**14 329**	**670 641**
	- лейкофильтрованных	13 629	609 341	14 164	652 784	14 329	670 641
2.	Свежезамороженная плазма всех видов, из них:	**11 435**	**922 748**	**10 451**	**829 775**	**10 140**	**807 389**
	- карантинизированная	154	8 698,0	-	-	-	-
	- лейкофильтрованная, карантинизированная	1 982	129 396	3 123	209 780	3 758	254 106
	- лейкофильтрованная, вирусинактивированная	9 170	774 823	7 155	606 674	113	546 310
	- вирусинактивированная	129	9 830	173	13 321	90	6 972
3.	Тромбоциты лейкофильтрованные вирусинактивированных	**2 529**	**382 437**	**2670**	**407 557**	**3 207**	**483 444**
4.	Криопреципитат карантинизированный	**639**	**42 298**	**587**	**39 714**	**710**	**48 598**
	Итого	**28 232**	**1 956 824,0**	**27 872**	**1 929 830**	**28 386**	**2 010 072**
5.	Альбумин 10% (л)	2,1	220	1,7	177,89	**0,2**	20,99

За период 2023-2025 годы было выдано продукции на общую сумму 5 952 830,00 тыс. тенге.

Контроль качества

Основная задача контроля качества - обеспечение проведения контроля качества продуктов крови, ее компонентов на этапах заготовки, переработки и хранения с целью выпуска качественной гемопродукции, соответствующей требованиям нормативной документации.

Затраты на проведение контроля качества

(тыс. тенге)

№ п/п	Наименование	2023 год		2024 год		2025 год	
		%	Сумма	%	Сумма	%	Сумма
1	Лабораторный контроль качества	100	20 429,0	100	17 682,49	100	17 405,74
2	Бактериологический контроль	100	89,41	100	253,91	100	934,96
	Итого		**20 518, 41**		**18 116,4**		**18 340,70**

Уровень лабораторного исследования качества продуктов крови за отчетный период составляет 100%. Уровень бактериологического контроля качества составляет 100%.

Дополнительно предприятием предоставляются услуги по проведению лабораторных анализов и лечебных процедур (плазмаферез, ВЛОК, аутогемотерапия и т.д.):

Наименование	2023 год	2024 год	2025 год
Медицинские организации (кол-во)	53	46	50
Физические лица (кол-во)	699	774	959

За период 2023 -2025 гг. данные виды услуг были оказаны 50 медицинским организациям и 2 432 физическим лицам.

Из представленных данных следует увеличение количества юридических лиц на 8,7 %, увеличение физических лиц на 23,9 %.

Предприятие реализует компоненты крови и на конкурентной основе оказывает следующие виды услуг: лабораторные исследования - иммуногемотологические, серологические, биохимические, иммунохемилюцентные (на аппаратах закрытого типа) иммуноферментные анализы и прочие виды услуг на условиях:

-поставщик услуг по видам дорогостоящих видов диагностических исследований для социально-уязвимой категории населения по направлению специалиста: полимеразная цепная реакция;
- соисполнитель на оказание услуг ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
- платные услуги медицинским организациям;
- платные услуги физическим лицам.

Предприятие реализует компоненты крови и на конкурентной основе оказывает следующие виды услуг: лабораторные исследования - иммуногемотологические, серологические, биохимические, иммунохемилюцентные (на аппаратах закрытого типа) иммуноферментные анализы и прочие виды услуг на условиях:

-поставщик услуг по видам дорогостоящих видов диагностических исследований для социально-уязвимой категории населения по направлению специалиста: полимеразная цепная реакция;
- соисполнитель на оказание услуг ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
- платные услуги медицинским организациям;
- платные услуги физическим лицам.

SWOT – анализ

	Сильные стороны:	Слабые стороны:
Клиенты	• Монополисты в области производства компонентов крови для медицинских организаций • Наличие высококвалифицированных специалистов • Наличие высокотехнологичного оборудования • Развитая инфраструктура центра крови с комфортабельными условиями для доноров. • Широкий спектр оказываемых медицинских услуг	• Неправильное планирование медицинскими организациями потребностей в компонентах крови • Отсутствие АИС (программа) для мониторинга за использованием и запасами компонентов крови в медицинских организациях • Отсутствие мотивирующих преференций для доноров крови • Низкая гражданская позиция населения по вопросам безвозмездного донорства крови
Обучение и развитие персонала	• Наличие квалифицированных кадров. • Обмен опытом со специалистами НПЦТ г.Астана и других центров крови РК.	• Текучесть кадров – 10%.
Процессы	• Своевременное и в полном объеме обеспечение компонентами крови медицинские организации области. • Оснащение современным медицинским оборудованием для обследования донорской крови, процессов заготовки и переработки крови и ее компонентов.	• Несовершенство информационной программы АИС «InfoDONOR» и комплексной медицинской информационной системы (КМИС) • высокий уровень износа имеющегося медицинского технологического оборудования (90,69%)

	• Проведение в полном объеме исследований образцов донорской крови (иммуногематологические ина трансфузионные инфекции). • Использование дополнительных методов обеспечения безопасности крови и ее компонентов: лейкофильтрация, вирусинактивация, карантинизация. • Обеспечение медицинских организаций компонентами крови, прошедшими дополнительные методы безопасности: - лейкофильтрованными эритроцитами и плазмой 100%; - вирусинактивированными тромбоцитами 100%; - карантинизированной СЗП 37%; - вирусинактивированной СЗП 63%; • - Брак донаций составил 8,7%. • Списание продукции по истечению срока годности 0%. • Участие во внешней оценке качества (ВОК) по гематологии, биохимии, иммуногематологии, диагностике инфекций, обследование архивных образцов • Наличие системы менеджмента качества. • Проведение лабораторного и бактериологического контроля качества компонентов крови, санитарно-бактериологического и производственного контроля - 100%. • Подтверждение соответствия стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови с присвоением высшей категории (2023-2026гг.). • Наличие аккредитации медицинской лаборатории на соответствие требованиями СТ РК ISO 15189-2015г. (2024г.) • Переход на новый станларт СТ РК ISO 15189-2023г. (2025г.) • Использование информационной программы АИС «InfoDONOR»	
Финансы	• Устойчивое и своевременное финансирование из государственного бюджета, своевременная оплата покупателей услуг за выполненные работы. • Тарифная система оплаты труда. • Доход по договорам соисполнения ГОБМП. • Доход от платных услуг.	• Низкая тарифная стоимость, утвержденная МЗРК, на лабораторные исследования выполняемые в качестве соисполнителя ГОБМП. • Низкая платежеспособность населения за дорогостоящие услуги.

Таблица 2 - Матрица возможностей

Вероятность использования возможностей	Влияние возможностей		
	Сильное (С)	Умеренное (У)	Малое (М)
Высокая (В)	• Организация выплат подъемных денежных средств молодым специалистам. • Оплата молодым специалистам выше установленных НПА.		• Увеличение количества и видов медицинских услуг, в качестве соисполнителя в рамках ГОБМП и платных услуг.
Средняя (С)		• Внедрение новых технологий по автоматизированной переработки цельной крови и оптимизация рабочего процесса	• Увеличение объема производства компонентов крови.
Низкая (Н)		• Финансовое стимулирование доноров	

Таблица 2 - Матрица угроз

Вероятность реализации угроз	Влияние угроз		
	Критическое (К)	Тяжелое (Т)	Легкое (Л)
Высокая (В)	• Снижение социальной мотивации населения к донорству. • Низкая гражданская позиция населения по вопросам безвозмездного донорства крови	• Сбой в работе производственного оборудования	
Средняя (С)		• Неукомплектованность специалистами (врачами трансфузиологами и врачами лаборантами) в связи сосложностями в переподготовке врачей трансфузиологов из-за требований наличия резидентуры, а также отсутствия подготовки специалистов по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» в ВУЗах. • Нестабильность поступления расходного материала, медицинских изделий	• Отток кадров. • Дефицит кадров • Низкая тарифная стоимость, утвержденная МЗ РК, на медицинские услуги, выполняемые в качестве соисполнителя ГОБМП

Низкая (Н)		• Увеличение стоимости оборудования, расходных материалов, медицинских изделий, лекарственных средств, дезинфицирующих средств из-за колебаний национальной валюты. • Уменьшение финансирования по государственному заказу	• Развитие конкурентной среды в секторе здравоохранения

Таблица 3 - Итоговый SWOT – анализ

	Описание	СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ			СЛАБЫЕ СТОРОНЫ		
ВОЗМОЖНОСТИ	Финансовое стимулирование доноров	Увеличение количества доноров	Исполнение ГОБМП Своевременное исполнение заявок	Поддержание неснижаемого запаса редких групп крови	Размер денежного эквивалента бесплатного питания донору, осуществившему донацию крови на безвозмездной основе - 0,25 МРП		
	Организация выплат подъемных денежных средств молодым специалистам. Оплата молодым специалистам выше установленных НПА.	Приток врачебных кадров	Укомплектованность штата				
	Внедрение новых технологий по автоматизированной переработки цельной крови и оптимизация рабочего процесса	Уменьшение времени заготовки крови	Улучшения качества производимых компонентов	Увеличение объема производства компонентов крови	Высокая стоимость расходных материалов и комплектующих		

	Увеличение количества исследований и видов медицинских услуг, в качестве соисполнителя в рамках ГОБМП и платных услуг	Расширение спектра оказываемых услуг	Привлечение дополнительных внебюджетных средств		Низкая тарифная стоимость, утвержденная МЗРК, на медицинские услуги, выполняемые в качестве соисполнителя ГОБМП.		
	Устойчивое и своевременное финансирование из государственного бюджета	Своевременное поступление средств из государственного бюджета	Расширение и привлечение дополнительных внебюджетных средств		Низкая тарифная стоимость, утвержденная МЗРК, на медицинские услуги, выполняемые в качестве соисполнителя ГОБМП.		
УГРОЗЫ	Снижение социальной мотивации населения к донорству Низкая гражданская позиция населения по вопросам безвозмездного донорства крови				Уменьшение запасов компонентов крови	Размер денежного эквивалента бесплатного питания донору, осуществившему донацию крови на безвозмездной основе - 0,25 МРП	Низкий уровень вовлеченности различных организаций в организацию безвозмездного донорства среди населения.

	Развитие конкурентной среды в секторе здравоохранения				Отток квалифицированных кадров в частные и другие медицинские организации	Дефицит кадров	Не укомплектованность специалистами (врачами трансфузиологами и врачами лаборантами) в связи сосложностями в переподготовке врачей трансфузиологов из-за требований наличия резидентуры, а также отсутствия подготовки специалистов по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» в вузах.
	Сбои в работе производственного оборудования Сбой работы информационной системы				Финансовые затраты на ремонт	Простои оборудования	Неисполнение заявок МО на компоненты крови
	Уменьшение финансирования по государственному заказу				В случае невыполнения государственного заказа финансирование не производится	Увеличение стоимости оборудования, расходных материалов, медицинских изделий, лекарственных средств, дезинфицирующих средств из-за колебаний национальной валюты.	Нестабильность поступления расходного материала, медицинских изделий

2025 год в цифрах

- Всего доноров крови –16272
- Всего донаций крови и ее компонентов –16310
- Брак донацийсоставил 8,7%
- Списание продукции по истечению срока годности 0%
- Проведение в полном объеме исследований образцов донорской крови-100%
- Участие во внешней оценке качества лабораторных исследований (ВОК):по гематологии, биохимии, иммуногематологии, диагностике инфекций, обследование архивных образцов
- Техническое обслуживание проведено в полном объёме, показатель выполнения составил 100%.
- Метрологическая поверка оборудования оведена в полном объёме, показатель выполнения составил 100%.
- Всего квалифицированных кадров - 79,0 % (104 сотрудника)
- Совершенствование системы менеджмента качества
- Функционирование информационной программы АИС«InfoDonorPRO»
- За 2025 год поступление финансовых средств - 2 067 678,02 тыс. тенге, прибыль составила 20 463,75 тыс. тенге.

1.2.Стратегия развития (стратегические цели)

Стратегия развития предприятия (стратегические цели)

КГП «Областной центр крови» работает по 4 стратегическим направлениям *(индикаторов – 16, задач – 14):*

Стратегическое направление 1: *Эффективность использования финансовых средств.*

Цель 1.1: *Эффективность использования активов и отсутствие кредиторской задолженности. Увеличение доходов предприятия (индикаторов – 3, задач – 3)*

Стратегическое направление 2: *Клиенты*

Цель 2.1*: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи (индикаторов – 3, задач – 3)*

Стратегическое направление 3: *Реализация кадровой политики и совершенствование системы управления кадрами*

Цель 3.1: *Развитие кадрового потенциала и системы корпоративного управления (индикаторов – 6, задач – 4)*

Стратегическое направление 4: *Повышение эффективности деятельности предприятия и обеспечение внутренних процессов*

Цель 4.1: *Совершенствование системы управления качеством и безопасностью выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг (индикаторов – 4, задач – 4)*

РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров (для организации с корпоративным управлением)

Приказом ГУ «Управление здравоохранения Карагандинской области» №129-ө от 04.03.2025г. утвержден состав Наблюдательного совета:

1. Смагулов Нургали Олжабаевич – руководитель отдела юридического обеспечения и контрольной работы Управления здравоохранения Карагандинской области;
2. Арыспаева Саида Болатовна – заместитель директора по медицинским вопросам РГП на ПХВ «Республиканский центр крови»;
3. Жунусов Ержан Сейполович – ассоциированный профессор кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии НАО «Медицинский университет Караганды»;
4. Адиетова Татьяна Александровна – директор ТОО «Дом пожилых людей «Благодать»;
5. Есімсейіт Гүлнәр Делдешқызы – председатель ОО «Казахстанский отраслевой профессиональный союз работников здравоохранения и общественного обслуживания «AQNIET» Карагандинской и области Улытау.

Доля независимых членов в наблюдательном Совете из числа общественности составляет 40 %. В 2025 году было проведено заседаний – 4 (2023г. - 4, 2024г.- 4).

На заседаниях в течение 2025 года были рассмотрены и решены 14 вопросов:

1. Представление нового состава наблюдательного совета. Избрание председателя наблюдательного совета КГП «Областной центр крови»
2. Назначение и установление заработной платы секретаря наблюдательного совета.
3. Оценка деятельности директора КГП «Областной центр крови» за 2024 год.
4. Согласование отчета по исполнению Программы безопасности зданий за 2024 год.
5. Согласование отчета о выполнении плана развития КГП «Областной центр крови» за 2024 год.
6. Утверждение годовой финансовой отчетности за 2024 год.
7. Согласование отчета по финансово-хозяйственной деятельности за 1 квартал 2025 года.
8. Согласование отчета по финансово-хозяйственной деятельности за первое полугодие 2025 года.
9. Согласование отчета по безопасности зданий за первое полугодие 2025 года.
10. Согласование проекта плана развития КГП «Областной центр крови» на 2026 год.
11. Принятие решения в части премирования работников ко Дню Независимости.
12. Утверждение организационной структуры КГП «Областной центр крови».
13. Утверждение плана работы наблюдательного совета КГП «Областной центр крови» на 2025 г.

14. Согласование предложения Управления здравоохранения Карагандинской области о расторжении трудового договора с директором КГП «Областной центр крови» УЗКО Садвакасовым Т.М.

2.2 Состав и деятельность Службы поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы

Служба поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы (далее - Служба) - осуществляет деятельность по обеспечению непрерывного улучшения качества предоставляемых медицинских услуг и производимой продукции в соответствии с установленными стандартами и утверждённым Положением о работе Службы поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы.

Руководитель: Сабирова Л.Е. - заместитель директора

Заместитель руководителя: Калиакпарова М.З. – заведующая отделом контроля качества

Секретарь: ИбраеваЖ.К. – специалист лаборатории медицинской лаборатории

Состав: Денисенко Т.Н.- и.о. заведующей медицинской лаборатории

Агапова Л.А. – заведующая отделением выдачи продукции с блоком ВК и ВХКК

Дюсекеева Ж.Т. – и.о. менеджера по качеству

Направления работы Службы:

- Рассмотрение обращений доноров крови и её компонентов, населения и медицинских организаций. За 2025г. обоснованных обращений на качество выпускаемой гемопродукции, на качество оказываемых услуг не было.
- Степень удовлетворенности уровнем и качеством медицинских услуг, предоставляемых предприятием, определяется посредством проведения анкетирования доноров, посетителей, сотрудников: за 2023год 1475 доноров и 71 сотрудника, за 2024 год 1629 доноров и 75 сотрудников, за 2025 год 1659 доноров и 75 сотрудника, - по итогам анкетирования доноров удовлетворенность составляет 100% и уровень удовлетворенности сотрудников составляет 87%.
- Проведение внутреннего аудита на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения составило в 2023 году –в 14 структурных подразделениях, в 2024 году – в 14 структурных подразделениях, 116 внутренних процессов, в 2025 году – в 14 структурных подразделениях, 116 внутренних процессов. Проведен аудит карт доноров:2023 год – 3016, 2024 год – 3263, 2025 год - 3260 карт доноров. Результаты аудитов были представлены и рассмотрены на заседаниях Службы поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы и медицинских Советах с принятием управленческих решений по устранению и профилактике несоответствий.
- Разработка, исполнение и контроль программных мероприятий, направленных на предупреждение, выявление и устранение несоответствий в производственной деятельности, а также способствующих повышению качества и эффективности при производстве гемопродукции и оказании медицинских услуг.

- На официальном сайте размещена информация по возможности обращения на качество предоставляемых медицинских услуг, в том числе на телефон доверия КГП «Областной центр крови», на горячую линию УЗ КО и в систему электронного обращения E-otinish.
- Функционирует «телефон доверия, в холлах размещена информация о правилах подачи обращений, в холле второго этажа расположен информационный стенд о Службе, на первом этаже возле регистратуры расположен ящик для сбора обращений, имеются бланки для подачи обращений, проводится постоянный мониторинг по обращениям.
- Оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов. Ежеквартально проведены письменные опросы медицинского персонала на знание и выполнение СОП, по результатам оценки знаний проводились обучающие занятия. Метрологическая поверка оборудования проведена в полном объёме, согласно графику проведения метрологической поверки, имеются соответствующие лейблы и сертификаты.

Выводы: Все запланированные мероприятия согласно плану работы Службы выполнены в полном объеме. Проведены мониторинг и анализ возможных и имеющихся рисков, корректирующих мероприятий и предупреждающих действий, уровня удовлетворенности доноров и пациентов, проведенных аудитов структурных подразделениях и внутренних процессов в полном объёме.

РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

Стратегическое направление 1: *Эффективность использования финансовых средств.*
Цель 1.1: *Эффективность использования активов и отсутствие кредиторской задолженности. Увеличение доходов предприятия*

№ п/п	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2025 год	Факт за 2025 год	Факт за 2024 год	Факт за 2023 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Рентабельность активов (ROA)	%	0,48	1,04	0,45	0,41	Достиг
2	Просроченная кредиторская задолженность	%	0	0	0	0	Достиг
3	Доходы от платных услуг	%	2,6	2,4	2,4	2,4	Достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов наблюдается достижение 2 индикаторов (66,3%).

Стратегическое направление 2: *Клиенты*

Цель 2.1: *Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2025 год	Факт за 2025 год	Факт за 2024 год	Факт за 2023 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	9
	Целевые индикаторы						
1	Наличие аккредитации предприятия						
	1) предприятия	да/нет	-	-	-	20.12.2023	Достиг
	2) медицинской лаборатории	да/нет	21.10.2024	-	21.10.2024	-	Достиг
2	Уровень удовлетворенности:						
	медицинских организаций обеспечением и качеством выпускаемых компонентов крови	%	99,9	100	100	100	Достиг
	потребителей (доноры, пациенты МО, медицинские организации) качеством оказываемых услуг	%	99,9	100	100	100	Достиг
3	Отсутствие обоснованых обращений на качество продукции крови и оказания услуг	кол-во	1	0	0	0	Достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов (100%).

Стратегическое направление 3: *Реализация кадровой политики и совершенствование системы управления кадрами*

Цель 3.1: *Развитие кадрового потенциала и системы корпоративного управления*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2025 год	Факт за 2025 год	Факт за 2024 год	Факт за 2023 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, сертификационный курс за счет средств организации (не менее 25%)	%	100	100	100	100	Достиг
2	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников), в том числе:	%	97	97	97	98	Достиг
	врачи		92	96	95	95	Достиг
	средних медицинских работников		97	100	100	100	Достиг
3	Уровень удовлетворенности производственного	%	86	87	87	87,5	Достиг

	персонала (не менее 85%)						
4	Текучесть производственного персонала (не менее 8%)	%	9	3,4	9	11	Достиг
5	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку специалиста к средней заработной плате в экономике (не менее 1,5%)	%	1,6	1,6	1,7	1,5	Исключен
6	Наличие пакета типовых корпоративных документов	да/нет	да	да	да	да	Достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 6 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов (100%).

Стратегическое направление 4: *Повышение эффективности деятельности предприятия и обеспечение внутренних процессов*

Цель 4.1: *Совершенствование системы управления качеством и безопасностью выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2025 год	Факт за 2025 год	Факт за 2024 год	Факт за 2023 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Количество видов лабораторной диагностики участвующих в программах внешней оценки качества	кол-во	4	4	4	4	Достиг
2	Количество международных программ внешней оценки качества лабораторной диагностики	кол-во	2	2	2	2	Достиг
3	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	100	100	100	100	Достиг
4	Своевременное проведение планового технического обслуживания и метрологической поверки средств измерений, медицинского оборудования и информационных систем	%	100	100	100	100	Достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов (100%).

3.2. Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)

Медико-экономические показатели организации за последние 3 года

№	Наименование	Факт 2023 год	Факт 2024 год	Факт 2025 год
1	Уровень удовлетворенности потребителей (доноры, пациенты МО, медицинские организации) качеством оказываемых услуг	100	100	100
2	Уровень удовлетворенности персонала	87,5	87	87
3	Уровень проведения тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	100	100	100
4	Уровень лейкофильтрации эритроцитов	100	100	100
5	Уровень лейкофильтрации СЗП	100	100	100
6	Уровень вирусинактивации тромбоцитов	100	100	100
7	Уровень вирусинактивации СЗП	61,9	45,3	63,0
8	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	100	100	100
9	Доходы за отчетный период составляют (тыс.тенге)	1 990 384,4	1 933 562,41	2 050 138,59
10	Расходы всего за отчетный период составляют (тыс.тенге)	1 984 375,3	1 989 564,43	2 029 674,84
11	Доходы от платных медицинских услуг (тыс.тенге)	57 370,7	50 487,34	48 010,95
12	Просроченная кредиторская задолженность	0	0	0

РАЗДЕЛ 4. ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ. МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ БЮДЖЕТА

4.1. Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)

Повышение эффективности финансового менеджмента, в том числе оценка эффективности бюджетных расходов.

Мероприятие 1.

Контроль за доходами и расходами предприятия для эффективного использования финансовых средств.

В 2025 году получение доходов составило в сумме 2 078 246,2 тыс.тенге, остаток финансовых средств на 31.12.2025 года составил 93 157,26 тыс.тенге. Всего расходы составили 2 078 071,0 тыс.тенге.

Финансовые средства направляются на решение первоочередных задач развития предприятия. Ежемесячно проводится анализ производимых расходов, вносятся изменения и дополнения в план государственных закупок, в целях эффективного использования финансовых ресурсов.

Мероприятие 2.

Внешний финансовый контроль. В целях обеспечения и соблюдения законодательства о финансовых отчетности предприятия, в соответствии со статьей 151 Закона Республики Казахстан «О государственном имуществе» в КГП «Областной центр крови» проведен аудит годовой финансовой отчетности за 2025 год. Аудит проведен независимой аудиторской организацией – ТОО «МСА Аудит», представлено аудиторское заключение № б/н от 20.04.2026 года. По результатам проведенного аудита установлено: Финансовая отчетность Предприятия соответствует требованиям Международного стандарта финансовой отчетности («МСФО») и законодательства Республики Казахстан в области бухгалтерского учета, и изложена в формате годовой финансовой отчетности утвержденной приказом Министра финансов Республики Казахстан от 28 июня 2017 года № 404.

4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

Мероприятие 1. Доходы по ГОБМП и от платных медицинских услуг.

Доходы по ГОБМП за 2025 год составили 1 996 224,00 тыс. тенге, в том числе: заготовка крови, её компонентов и препаратов 1 996 224,00 тыс.тенге.

В сравнении с 2024 годом доходы по ГОБМП увеличились на 62 661 ,59 тыс. тенге.

За 2025 год доходы по платным услугам составили 48 010,95 тыс. тенге. В сравнении с 2024 годом доходы по платным услугам снизились на 2 476,39 тыс. тенге.

По результатам работы за 2025 года прибыль составила 20 463,75 тыс.тенге.

Мероприятие 2. Совершенствование маркетинговой политики.

КГП «Областной центр крови» постоянно проводится работа по обновлению информации на сайте. Официальные страницы предприятия ведутся в социальных сетях Facebook, Instagram. Имеются буклеты, плакаты, календари, видеоролики о работе предприятия, которые распространяются среди доноров и по медицинским организациям области.

4.3. Отчет об изменениях в капитале.

Капитал увеличился на сумму 71 198,11 тыс.тенге и составил 1 704 599,21 тыс.тенге. Увеличение связано с нераспределенной прибылью и поступлением основных средств.

4.4.Отчет о движении денежных средств.

Остаток денежных средств на 01.01.2025 г. составлял 97 995,84 тыс.тенге. За отчетный период поступили денежные средства на сумму 2 067 678,02 тыс. тенге, выбытие составило 2 072 516,60 тыс.тенге. Остаток денежных средств на 01.01.2026 г. составляет 93 157,26 тыс.тенге.

4.5. Оценка эффективности использования основных средств

Эффективность использования основных фондов характеризует показатель фондоотдачи, рассчитываемый как отношение объема выпуска продукции за год (на уровне предприятия) к среднегодовой полной стоимости основных фондов:

Показатели	2023 год	2024 год	2025 год	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	1 980 759,1	1 984 049,75	2 038 720,56	54 670,81
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 803 666,0	2 765 408,17	2 821 232,24	55 824,07
3. Фондоотдача (тенге) (1:2)	0,71	0,72	0,72	0

Фондоемкость является обратной величиной от фондоотдачи. Она характеризует, сколько основных производственных фондов приходится на 1 тенге произведенной продукции. Фондоемкость это средняя сумма промышленно производственных основных фондов по первоначальной стоимости деленная на объем выпущенной продукции.

Показатели	2023 год	2024 год	2025 год	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	1 980 759,1	1 984 049,75	2 038 720,56	54 670,81
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 803 666,0	2 765 408,17	2 821 232,24	55 824,07
3. Фондоемкость (тенге) (2:1)	0,71	1,39	1,38	-0,01

Снижение фондоемкости означает экономию труда. Фондовооруженность оказывает огромное влияние на величины фондоотдачи и фондоемкости. Фондовооруженность применяется для характеристики степени оснащенности труда работников.

Показатели	2023 год	2024 год	2025 год	Изменения за год
1.Среднесписочная численность работников	133	133	134	+1
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 803 666,0	2 765 408,17	2 821 232,24	+ 55 824,07
3. Фондовооруженность (тенге) (2:1)	21 029	20 792	21 053,97	+ 261,97

4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг составили 48 010,95 тыс. тенге (2024 г. – 50 487,34 тыс.тенге). Отмечается сокращение доли доходов от платных услуг + 2 476,39 тыс. тенге – 0,05 % в сравнении с фактом 2024 года.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение пациентов (доноров)

За 2025 год было донаций крови и её компонентов 16 310 (2024 год - 16 305), отмечается увеличение общего числа донаций в сравнении с 2024 годом на 5 (0,03%) донаций.

Количество доноров в 2025 году – 16 272 (2024 год –16 256), в том числе первичных доноров 2 989 (2024 год -3 329), отмечается незначительное увеличение общего количества доноров на 16 (0,1 %) и уменьшение первичных доноров на 340 (-10,2%).

Регулярных доноров в 2025 году зарегистрировано 1 257, в равнении с 2024 годом (1 692 доноров), количество регулярных доноров уменьшилось на 435 (-25,7 %)

В 2025 году безвозмездные донации практически остались на прежнем уровне, отмечается незначительное увеличение на 5 (0,03%) донаций, доля безвозмездных донаций составила 100%.

5.2. Удовлетворенность пациентов (доноров и медицинских организаций) услугами медицинской организации. Работа с обращениями.

С целью улучшения качества обслуживания ежемесячно проводился сбор информации о возникновении неблагоприятных последствий переливания компонентов крови, качестве полученной гемопродукции, удовлетворении потребности в компонентах и препаратах крови, исполнении заявок на трансфузионные среды от медицинских организаций, оказывающих трансфузионную помощь. За 2023-2025гг. неблагоприятных последствий переливания компонентов крови и претензий к качеству гемопродукции не было, потребность в компонентах и препаратах крови была удовлетворена своевременно в полном объеме.

Анкетирование специалистов медицинских организаций, оказывающих трансфузионную помощь, проводилось 2 раза в год. В 2025г. охвачено анкетированием 110 сотрудника и 36 медицинских организаций, оказывающих трансфузионную помощь, удовлетворенность – 100%.

Обращений на качество предоставляемых медицинских услуг и гемопродукции за период 2023-2025гг. не поступало.

За 2025 поступило 135 обращений от юридических и физических лиц, за 2024 – 153, за 2023 – 198. Ответы на все обращения предоставлены своевременно.

Для улучшения качества оказываемых услуг ежеквартально проведено анкетирование доноров, по результатам проведенного анкетирования за период 2024-2025гг. отмечается 100% удовлетворённость доноров крови и её компонентов качеством услуг.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов (данный критерий не в компетенции).

5.4. Безопасность пациентов (доноров)

В 2024 году для безопасности доноров проведены следующие мероприятия:

Имеется письменное изложение прав и обязанностей донора на государственном и русском языках, согласно Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 07.07.2020 г. № 360 – VI, Приказа МЗ РК «Об утверждении требований к медицинскому освидетельствованию доноров, безопасности и качеству при производстве продуктов крови для медицинского применения» от 02.10.2020г. № ҚР ДСМ – 113/2020, Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05.11.2021г. № ҚР ДСМ - 111. «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций». Информация для доноров об их правах размещена на стендах у регистратуры, на столах, где заполняется анкеты донорами, в холле 1,2,3 этажей.

Разработан порядок подачи обращения, который размещен на информационном стенде.

Для работы с обращениями используется порядок, который размещен на информационном стенде и сайте предприятия.

Сотрудники осведомлены о правах доноров и правилах их соблюдения. Обеспечивается конфиденциальность информации о доноре согласно документированной процедуре СМК ДП 22-06-25 «Управление конфиденциальной информацией». При устройстве на работу сотруднику разъясняются требования по обеспечению сохранности конфиденциальной информации, подписывается «Обязательство о неразглашении конфиденциальной информации». Персонал допускается к работе с конфиденциальной информацией приказом первого руководителя, а также после изучения СМК ДП 22-06-25 по работе с конфиденциальной информацией. Имеется план семинарских занятий и протокола обучения персонала работе с конфиденциальной информацией. Проводится тестирование по работе с конфиденциальной информацией.

Получение согласия донора на сдачу крови и проведение лабораторных исследований подтверждается подписью в форме информированного добровольного согласия на донацию крови и её компонентов.

Пересмотрены и актуализированы 16 Документированных процедуры (ДП), 61 Стандартов операционных процедур (СОП), 2 положение о работе внутренних комиссий, служб согласно национальным и международным стандартам по процедурам обследования донора, донорской крови, заготовки и переработки продукции крови и т.д.

Разработаны и внедрены 31 внутренних индикаторов оценки системы менеджмента качества медицинских услуг и безопасности пациента, проводится ежемесячный и ежеквартальный мониторинг.

Для повышения иммунологической и инфекционной безопасности компонентов крови используются новейшие технологии и современное оборудование, в том числе:

1. Функционирует автоматизированная информационная система «InfoDONOR PRO», что позволяет осуществлять: отвод лиц, имеющих абсолютные противопоказания к донорству, визуальную идентификацию доноров, автоматическое считывание данных удостоверения личности, визуальное приглашение в кабинеты, проведение автоматической выбраковки, маркировки с учетом результатов лабораторных исследований, контроль по заготовленным компонентам крови.
2. С 2016 года на трансмиссивные инфекции проводится 2-х этапный скрининг образцов донорской крови методом ИХЛА и ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа, доля скрининга образцов донорской крови составляет 100%.
3. С мая 2017 года иммуногематологические исследования образцов крови 100% проводится на автоматических анализаторах.
4. Обеспечивается безопасность компонентов крови путем применения следующих методов:

- лейкофильтрация компонентов крови;
- карантинизация свежезамороженной плазмы;
- вирусинактивация плазмы и тромбоцитов.

С целью повышения качества медицинских услуг и в соответствии с Приказом от 11.12.2025года № 1683-ОД «Об аккредитации и переоформлении аттестатов аккредитации» осуществлён переход на СТ РК ISO 15189 – 2023. Аттестат аккредитации № KZ.M.10.2227 от 21.10.2024 года действителен до 21.10.2029 года.

КГП «Областной центр крови» подтвердил 20.12.2023 года соответствие стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови с присвоением высшей категории (приказ от 20.12.2023 года №201, свидетельство от 20.12.2023г. № KZ85VEG00013979, действительно до 20.12.2026 года).

5.5. Управление рисками

Предприятие проводит работу по совершенствованию процесса профилактики рисков и проведения корректирующих мероприятий при наступлении инцидентов. Разработана документированная процедура «Управление рисками», включающая в себя: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; требования по обучению персонала; виды рисков; план действий по устранению рисков и действие на каждый значительный риск. На 2025 год утвержден «План управления рисками», разработанный с учетом информации полученной из Стратегического и Комплексного планов, анализа клинических показателей и наступивших инцидентов. Мониторинг исполнения плана управления рисками закреплен за Службой поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы. Анализ исполнения профилактических мероприятий и наступивших инцидентов проводился ежемесячно.

В 2025год были проведены профилактические мероприятия согласно «Плана управления рисками» по 28 рискам, из них по 5 рискам были зафиксировано инциденты: Нарушение проведения идентификации (донора, образцов для тестирования, компонентов крови) – 3; Нарушение производственного процесса, повлекшее получение недостоверного результата исследования - 10; Падение сотрудника, донора, пациента или посетителя, приведшее к ухудшению состояния здоровья – 1; Отказ работоспособности информационных систем и информационного сервера (по ИС «InfoDonorPRO) – 3; Аварийная ситуация при работе с кровью и её компонентами – 1.

По всем случаям наступления инцидентов проведены соответствующие корректирующие мероприятия. Отрицательных последствий для доноров, медицинских организаций и реципиентов не наступало.

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	Причины не исполнения
1	2	3	4	5	6
1. Внешние риски:					
Снижение социальной мотивации населения к донорству	Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской	Несвоевременное выполнение или не выполнение заявок медицинских организаций	Изготовить и распространить информационные материалы по безвозмездному донорству. Проводить	Изготовлены и размещены стенды, буклеты, листовки, баннеры, видео, аудио и промо продукция с тематикой о донорстве. Информационные материалы о донорстве размещаются на телевизионных и интернет ресурсах.	

	помощи		информационно-разъяснительную работу по вопросам донорства среди населения через СМИ и интернет ресурсы. Предусмотреть мотивирующие преференции для доноров.	Проводится: -информационно-разъяснительная работа по разъяснению значимости и пользы донорства среди потенциальных доноров на предприятиях, в государственных учреждениях и т.д.; - празднование Всемирного Дня донора крови с награждением регулярных доноров, с вручением медалей, грамот, благодарственных писем, подарков; -выездные донорские сессии на предприятия и учреждения Карагандинской области и области Ұлытау; -организационно-методическая работа и обучение врачей медицинских организаций, оказывающих трансфузионную помощь.	
Нестабильность поступления расходного материала	Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи	Не обеспечение заявок на компоненты крови медицинских организаций Остановка производственного процесса	Планирование закупа расходных материалов с учетом требований процессов производства. Контроль за исполнением договорных обязательств поставщиками расходных материалов. Поддержание запаса расходных материалов	Подготовка технической спецификации при закупе расходных материалов. Своевременное исполнение договорных обязательств в части соблюдения сроков поступления расходных материалов и медицинских изделий, и их оплаты. Контроль за постоянным наличием и сроками годности неснижаемого запаса расходных материалов.	
Увеличение стоимости расходных материалов и оборудования	Эффективность использования активов и отсутствие кредиторской задолженности.	Снижение финансового обеспечения других сфер деятельности. Невозможность создания запаса расходных материалов.	Планирование необходимого уровня финансирования на основе анализа потребления и прогнозируемой финансовой ситуации. Осуществлять взаимодействие с финансирующими органами. Проводить контроль выполнения договорных обязательств	Проводится: - планирование необходимого уровня финансирования и анализ потребления прогнозируемой финансовой ситуации; - утверждение финансирования через взаимодействие с финансирующими органами; - мониторинг цен поставщиков.	

2. Внутренние риски:					
Нарушение проведения идентификации (донора, образцов для тестирования, компонентов крови)	Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи	Выпуск несоответствующей продукции. Брак продукции крови	Соблюдать требования НПА и внутренних документов. Проводить обучение сотрудников. Проводить постоянный контроль на всех этапах производственного процесса	Исполняются СОП и ДП, регламентирующие проведение идентификации доноров, маркировку (образцов, компонентов крови), проведение заготовки крови в выездных условиях; Своевременно актуализируются внутренние документы по производственным процессам. Проводится: -обучение сотрудников; -контроль на всех этапах производственного процесса со стороны старших лаборантов/ медсестер, заведующих отделениями; -внутренние аудиты структурных подразделений.	
Ухудшение состояния донора или пациента после процедуры, повлекшее серьезные последствия для его здоровья	Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи	Ухудшение здоровья донора или пациента.	Соблюдать требования НПА и внутренних документов. Проводить обучение сотрудников. Проводить постоянный контроль на всех этапах производственного процесса	Исполняются СОП и ДП, регламентирующие наблюдение за донором до, во время и после донации, оказание медицинской помощи, профилактики цитратной интоксикации, допуск и информирование донора о процедуре донации крови; Проводится обучение сотрудников своевременному дифференцированию неблагоприятных состояний донора или пациента, оказания медицинской помощи.	
Нарушение призводственного процесса	Совершенствование системы управления качеством и безопасностью выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг	Списание продукции крови; выдача в медицинскую организацию несоответствующей продукции крови; ухудшение состояния здоровья реципиента или донора;	Соблюдать требования НПА, СОП и ДП. Проводить обучение сотрудников.	Исполняются СОП и ДП, регламентирующие производственные процессы, проводится своевременная их актуализация. Проводится: -обучение сотрудников; -контроль на всех этапах производственного процесса со стороны старших лаборантов/ медсестер, заведующих отделениями; -внутренние аудиты структурных подразделений.	

Несоблюдение холодовой цепи при работе с образцами крови, компонентами крови	Совершенствование системы управления качеством и безопасностью выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг	Выпуск несоответствующей продукции.	Соблюдать требования НПА и СОП, регламентирующих соблюдение холодовой цепи Проводить обучения сотрудников, согласно плану обучения	Исполняются СОП и ДП, регламентирующие соблюдение холодовой цепи; Проводится: -обучение сотрудников; -контроль на этапах транспортировки и хранения компонентов крови старшими медсестрами/ лаборантами, заведующими отделениями; -внутренние аудиты структурных подразделений.	
Сбой в работе производственного оборудования	Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи	Неисправность оборудования. Остановка производственного процесса; Невыполнение заявок медицинских организаций.	Проводить мониторинг износа оборудования. Выявить неисправности. Оповестить руководство и инженерную службу. Действовать согласно ДП «Управление техническими средствами»	Проводятся мероприятия в соответствии с графиками технического обслуживания и метрологической поверки оборудования. Проводится обучение персонала, соблюдение и контроль исполнения правил эксплуатации и техники безопасности при работе с оборудованием. Проводится мониторинг износа оборудования. Планируется закуп нового оборудования. Исполняются мероприятия согласно ДП: «Управление техническими средствами»	
Возникновение пожара	Обеспечение медицинских организаций области кровью и её компонентами	Остановка производственного процесса. Невыполнение заявок медицинских организаций. Материальный ущерб. Потеря здоровья и жизни персонала, доноров и посетителей.	Ответственный за управление и координирование мер экстренного реагирования: 1)уведомляет аварийные службы и персонал используя систему экстренной связи; 2)проводит эвакуацию людей и компонентов крови из здания в случае необходимости в соответствии со стандартами эвакуации;	Персонал обучается правилам противопожарной техники безопасности и действий при пожаре. Обеспечены запасные пути эвакуации из здания. Здание и крыша полностью состоит из монолитного бетона (огнестойкий материал). Имеются внутренние и внешние эвакуационные лестницы. Двери щитовых обшиты огнеупорным материалом и жестью изнутри. Предприятие обеспечено средствами пожаротушения: 56 пожарных шкафов с огнетушителями и пожарными рукавами расположенные в соответствующем месте и с соответствующими надписями, места нахождения отражены в планах эвакуации, на	

			Выполняются мероприятия по управлению противопожарной безопасностью.	территории имеются 2 пожарных гидранта с указателями мест нахождения. Планы эвакуации на каждом этаже по блокам. Имеется пожарная сигнализация с оповещением С- 2000. Заключен договор на ежегодное обслуживание автоматической пожарной сигнализации. Имеются журналы учета состояния средств пожаротушения и учета проверки пожарной сигнализации. Легковоспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие, потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по технике безопасности, включая: 1) систематическую сортировку и маркировку; 2) запирание помещения и герметическую изоляцию; 3) использование контейнеров с запирающим механизмом или перильных ограждений для хранения газовых баллонов, доступ к которым предоставляется только уполномоченным лицам; 4) химикаты хранятся на уровне пола на специализированных поддонах в подвальном помещении. Исполняются мероприятия по ДП «Обеспечение пожарной безопасности предприятия».	

Наступившие риски

№	Наименование рисков	Количество	Оценка последствий	Корректирующие мероприятия и методы по устранению последствий	Затраченные материальные ресурсы	Оценка проведенных корректирующих действий
1.	Нарушение проведения идентификации (образцов для тестирования, компонентов крови)	3	-не повлиял на производственный процесс	-проведено расследование; -утилизация компонентов крови; -проведено внеплановое обучение сотрудников	- расходные материалы для лабораторных исследований; -расходные материалы для проведения заготовки и производства продукции крови;	зависит от предприятия, корректирующие мероприятия проведены в полном объёме, риск остается актуальным
2.	Нарушение производственного процесса, повлекшее получение недостоверного результата исследования	10	-не повлиял на производственный процесс	-проведено расследование; -проведено внеплановое обучение сотрудников; -эритроцитсодержие компоненты в 9 случаях взяты на производство стандартных эритроцитов	- расходные материалы для лабораторных исследований; -расходные материалы для проведения заготовки и производства продукции крови;	зависит от предприятия, корректирующие мероприятия проведены в полном объёме, риск остается актуальным
3.	Отказ работоспособности и информационных систем и информационного сервера (по ИС «InfoDonorPRO)	3	- не повлиял на производственный процесс	-направлено письмо в ТОО «InformMedical» № 8-3-323 от 17.06.2025г., ответ № 049 от 26.06.25г.; -отправлен список доноров с выявленными положительными инфекциями, не отстраненнымпо программе в ТОО «InformMedical»; -заявка на устранение причины сбоя работы		
4.	Падение сотрудника, донора, пациента	1	-потеря тудоспособности (временная)	- оказали первую помощь пострадавшей; -вызвали скорую медицинскую	- финансовые затраты на оплату больничного листа	не зависит от предприятия, корректирующие

	или посетителя, приведшее к ухудшению состояния здоровья			помощь; - направлена информация в инспекцию по труду для проведения расследования -внеплановый инструктаж с сотрудниками предприятия		мероприятия проведены, в полном объёме, риск актуальный
5.	Аварийная ситуация при работе с кровью и её компонентами	1	-не повлиял на производственный процесс	-двукратное обследование сотрудника, пострадавшего при аварийной ситуации; - результаты исследования на ВГВ, ВГС, ВИЧ – отриц; -внеплановый инструктаж сотрудников		зависит от предприятия, корректирующие мероприятия проведены в полном объёме

РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА

6.1 Основные показатели эффективности HR-менеджмента: обучение и переподготовка ключевых специалистов, текучесть кадров (по всем категориям), удовлетворенность работников условиями труда

Обучение и переподготовка ключевых специалистов:

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период внутри страны прошли обучение 27 сотрудника Организации, что составляет 19% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 8, СМР – 16, прочие – 3 человека. Приняли участие в конференциях и семинарах республиканского и областного уровня 5 сотрудника.

С целью определения удовлетворенности персонала, ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год составила 9%, из них уровень текучести врачей – 2%, СМР – 2%, ММП – 1%, прочие – 4%.

6.2 Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты

На предприятии разработано и внедрено Положение об оплате труда предусматривающий дифференцированную систему оплаты труда с 2013 года. Стимулирование заработной платы проводится с помощью повышающего и понижающего коэффициента, которое зависит от достижения подразделением индикаторов производственной результативности и выполнения дополнительных объемов работ работником предприятия.

В 2025 году было выплачено в форме дополнительного материального поощрения (стимулирования):
КВФ увеличение – 20 040,94 тыс. тенге, что на 6 238,34 тыс.тенге больше чем в 2024 году ;
КВФ уменьшение и штрафные санкции составили в 2025 году – 202,80 тыс.тенге, что на 240,60 тыс.тенге меньше, чем в 2024 году;
Премия - 29 604,95 тыс.тенге, что на 344,61 тыс. тенге больше чем в 2024 году.

6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала

Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

Организацией на постоянной основе проводятся мероприятия по развитию корпоративной культуры и поддержанию корпоративных ценностей. Сотрудники при приеме на работу обязаны изучить Кодекс деловой этики, где указаны ориентиры профессиональной деятельности и корпоративной культуры.

По запросу Управления здравоохранения, проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами и ценными подарками работников в честь празднования Дня медицинского работника и Дня Республики.

Составление индивидуальных планов развития руководства на соответствующий год.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 15, из них врачи - 5, СМР - 3, ММП - 2, прочие - 5. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам - 8, из них по причинам увольнения: 3 сотрудника - выход на пенсию, 1 – ПМЖ, 3 – поступление в резидентуру, 1 – поступление в ВУЗ.

6.4 Управление рисками

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.
За отчетный период проведена работа по БиОТ:

- проведено 7 семинарских и практических занятий по БиОТ;
- проведена ежегодная проверка знаний в области БиОТ – 700 сотрудников;
- проведена проверка знаний по нормам и правил ТБ при работе с электроустановками – 8 сотрудников;

За отчетный период проведена работа по ГЗ и ЧС:

- Проведено 15 семинарских занятий по ГЗ и ЧС, в том числе «Профилактика религиозного экстремизма и терроризма» - 43 сотрудника, «Действия персонала при обнаружении подозрительного предмета похожего на взрывное устройство» - 11 сотрудников, «Действия персонала во время пожара и эвакуации персонала, доноров и посетителей» - 64 сотрудника, практическое занятие «Использование резервного источника электричества, холодного и теплоснабжения, порядок проверки системы оповещения» - 10 сотрудников, «Оказание экстренной медицинской помощи при ЧС»-54 сотрудника;

Сотрудники обучены алгоритму действий по предупреждению аварий и чрезвычайных ситуаций. Произведенные мероприятия, обеспечивают подготовленность сотрудников в вопросах ГЗ и ЧС, ОТ и ТБ, что в свою очередь минимизирует риски обнаружения инцидентов.

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)

В 2024 году Медицинская лаборатория предприятия аккредитована в системе аккредитации Республики Казахстан на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189 - 2015 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетентности», сертификат: регистрационный № KZ.M.10.2227 дата выдачи 21 октября 2024 года, действителен до 21 октября 2029 года. В 2025 году осуществлен переход на СТ РК ISO 15189 – 2023 в соответствии с Приказом от 11.12.2025 года № 1683-ОД «Об аккредитации и переоформлении аттестатов аккредитации».

- В 2025 году предприятием использованы финансовые ресурсы на сумму 2 029 674,84 тыс.тенге, из них:

-в рамках исполнения ГОБМП 1 985 576,3 тыс.тенге;

-из средств оказания платных услуг 44 098,5 тыс.тенге.

- На повышение квалификации сотрудников предприятия и переподготовку врачей и средних медицинских работников были использованы средства на сумму 1 333,28 тыс.тенге.
- Из производственного персонала повышение квалификации и переподготовку прошли 8 врачей и 16 средних медицинских работников, из прочего персонала прошли обучение и повышение квалификации 3 работника.

Приняли участие в конференциях и семинарах республиканского уровня 5 сотрудников.

- Ежегодный медицинский осмотр прошли 159 работников, сумма расходов составила 177,26 тыс.тенге.
- На развитие донорского движения, в том числе на изготовление баннеров, листовок, брошюр в 2025 году было затрачено средств на сумму 429,73 тыс. тенге.

Для обеспечения безопасности компонентов крови проводится двух этапный скрининг образцов донорской крови методом ИХЛА и ПЦР на аппаратах закрытого типа, лейкофильтрация и вирусинактивация компонентов крови, а также иммуногематологические, серологические, биохимические и гематологические исследования донорской крови.

Затраты на обеспечение безопасности составили:

-двух этапный скрининг ИХЛА и ПЦР – 295 222,31 тыс.тенге;

-лейкофильтрация – 228 514,00 тыс.тенге;

-вирусинактивация – 382 677,20 тыс.тенге;

-иммуногематологические, серологические, биохимические и гематологические исследования составили – 179 821,83 тыс. тенге.

Затраты в 2025 году для проведения контроля качества выпускаемой продукции составили 18 340,70 тыс.тенге.

Затраты на сервисное и техническое обслуживание в 2025 году медицинского оборудования составили сумму 32 278,36 тыс.тенге и поверку средств измерений – 489,44 тыс.тенге.

Расходы на Сопровождение программного обеспечения "Инфодонор" в 2025 году составили 11 000,22 тыс.тенге.

7.2. Управление структурой больных (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарзамещающих технологий) (данный критерий не в компетенции).

7.3.Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями

Формулярная комиссия работает согласно «Положению о работе формулярной комиссии» (СМК ПМК-03-04-25). Состав комиссии утвержден приказом от 24.11.2025г. №135-п «Об утверждении состава формулярной комиссии». Комиссия состоит из 8 человек (председателя, заместителя, членов Формулярной комиссии и секретаря), заседания проводятся 1 раз в квартал. По итогам 2025 года проведено 4 заседания (2022г.– 4 заседания, 2023г. – 4 заседания, 2024г.– 4 заседания). Основной целью формулярной комиссии является содействие в обеспечении медицинских организаций безопасными, эффективными, качественными и доступными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначении, качества и доступности лекарственных средств и медицинских изделий, поддержание и совершенствование лекарственного обеспечения через рациональное использование лекарственных средств и формулярную систему. Формулярная комиссия ежегодно проводит оценку эффективности использования ЛС И МИ (закуп, хранение, мониторинг лекарственных средств).

Форма для составления лекарственного формуляра разрабатывается формулярной комиссией Управления Здравоохранения Карагандинской области. Лекарственный формуляр КГП "Областной центр крови" разработан согласно Приказу МЗ РК от 20 октября 2020г. № ҚР ДСМ - 140/2020 «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, контроля качества, хранения, реализации крови, ее компонентов, а также правил переливания крови, ее компонентов» Приложение 1 и утверждается директором предприятия.

В КГП «Областной центр крови» разработан и утвержден СМК ДП 09-04-25 «Организация входного контроля лекарственных средств, медицинских изделий, реагентов и расходных материалов медицинского назначения». Основная цель входного контроля - предотвращение запуска в производство продукции, не соответствующей требованиям качества и безопасности. Входной контроль проводится в соответствии с перечнем поступающих расходных материалов медицинского назначения, лекарственных средств, медицинских изделий, средства индивидуальной защиты и дезинфицирующих препаратов. В 2025 году комиссией по входному контролю было проведенно 810 процедура входного контроля (2022г.– 796, 2023г. – 801, 2024г. –895). В 2024 году несоответствий требованиям входного контроля принимаемой РММН, ЛС и МИ не выявлено.

7.4. Новые технологии, патенты, научные и клинические исследования.

КГП "Областной центр крови" имеет благоприятную инвестиционную привлекательность, для укрепления материально-технической базы: в частности для развития передовых технологий и обеспечения качества компонентов крови.

Приложение 1

Результаты достижения целевых индикаторов стратегических направлений в соответствии со стратегическим планом

Стратегическое направление 1: *Эффективность использования финансовых средств.*

Цель 1.1: *Эффективность использования активов и отсутствие кредиторской задолженности. Увеличение доходов предприятия*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные за предоставление информации	План 2025 год	Факт 2025 год	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Рентабельность активов (RAO)	%	План развития предприятия	Финансовый отдел	0,48	1,04	Достигнут
2	Просроченная кредиторская задолженность	тенге	План развития предприятия	Финансовый отдел	0	0	Достигнут
3	Доходы от платных услуг	%	План развития предприятия	Финансовый отдел	2,6	2,4	Не достигнут

Стратегическое направление 2: *Клиенты*

Цель 2.1: *Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные за предоставление информации	План 2025 год	Факт 2025 год	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Наличие аккредитации:						
	3) предприятия	да/нет	Свидетельство об аккредитации	ОКК	-	-	

	4) медицинской лаборатории	да/нет	Аттестат аккредитации	Медицинская лаборатория	-	-	Достигнут
2	Уровень удовлетворенности						
	медицинских организаций обеспечением и качеством выпускаемых компонентов крови	%	Отзыв	ОВП с блоком КВ и ВХ КК ОКК	99,9	100,0	Достигнут
	потребителей (доноры, пациенты МО, медицинские организации) качеством оказываемых услуг	%	Отзыв обращение, сообщение, отклик	Менеджер по качеству	99,9	100	Достигнут
3	Показатель обоснованых обращений на качество продукции крови и оказания услуг	кол-во	Обращение, сообщение, отклик	Менеджер по качеству	1	0	Достигнут

Обучение и развитие персонала

Стратегическое направление 3: *Реализация кадровой политики и совершенствование системы управления кадрами*

Цель 3.1: *Развитие кадрового потенциала и системы корпоративного управления*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные за предоставление информации	План 2025 год	Факт 2025 год	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, сертификационный курс за счет средств организации (не менее 25%)	%	Статистические данные	СУП	100	100	Достигнут
2	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников), в	%	Статистические данные	СУП	97	97	Достигнут

	том числе:						
	врачи				92	96	Достигнут
	средних медицинских работников				97	100	Достигнут
3	Уровень удовлетворенности производственного персонала (не менее 85%)	%	Статистические данные	СУП	86	87	Достигнут
4	Текучесть производственного персонала (не менее 8%)	%	Статистические данные	СУП	9	3,4	Достигнут
5	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку специалиста к средней заработной плате в экономике (не менее 1,5%)	%	План	Финансовый отдел	1,6	1,6	Исключен
6	Коффициент совмещения	%	Статистические данные	СУП	1,2	1	Достигнут
7	Наличие пакета типовых корпоративных документов	да/нет	Инструкция	СУП	да	нет	Достигнут

Стратегическое направление 4: *Повышение эффективности деятельности предприятия и обеспечение внутренних процессов*

Цель 4.1: *Совершенствование системы управления качеством и безопасностью выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные за предоставление информации	План 2025 год	Факт 2025 год	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Количество видов лабораторной диагностики участвующих в программах внешней оценки качества	кол-во	Сертификат	МЛ	4	4	Достигнут

2	Количество международных программ внешней оценки качества лабораторной диагностики	кол-во	Сертификат	МЛ	2	2	Достигнут
3	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	Отчет	ОКК	100	100	Достигнут
4	Своевременное проведение планового технического обслуживания и метрологической поверки средств измерений, медицинского оборудования и информационных систем	%	Отчет	ХО Инженер метролог Системный администратор ОКК	100	100	Достигнут

Лист ознакомления
исполнения пунктов Стратегического плана предприятия за 2025 год

№	Ф.И.О.	должность	подпись
1	Сабирова Л.Е.	заместитель директора по медицинской части	
2	Никифорова И.А.	заведующая ООМР	
3	Ненахова Е.А.	и.о. заведующего ОЗК	
4	Гоева З.Р.	заведующая ОКД	
5	Агапова Л.А.	заведующая экспедицией с блоком выбраковки	
6	Денисенко Т.Н.	и.о. заведующей медицинской лаборатории	
7	Калиакпарова М.З.	заведующей ОКК	
8	Кожукаева М.Ж.	начальник СУП	
9	Ахмерова З.Ж.	главный бухгалтер	
10	Ермагамбетов Е.С.	начальник ХО	
11	Конурбаева К.Ж.	системный администратор	