

«ҚУТВЕРЖДАЮ»  
Директор  
КГП «Областной центр крови»  
Т. Салвакасов  
«25» марта 2022г.



**Годовой отчет по Стратегическому плану  
КГП «Областной центр крови»  
за 2021год**



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>РАЗДЕЛ 1.</b>	<b>О ПРЕДПРИЯТИИ</b>	
1.1.	Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)	3-19стр.
1.2.	Стратегия развития (стратегические цели и задачи)	19 стр.
<b>РАЗДЕЛ 2.</b>	<b>КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ (для организации с корпоративным управлением)</b>	
2.1.	Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров	20-21стр.
2.2.	Состав и деятельность Службы поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы	21-23 стр.
<b>РАЗДЕЛ 3.</b>	<b>ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ</b>	
3.1.	Ключевые показатели деятельности (по плану развития)	23-27 стр.
3.2.	Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)	27-28 стр.
<b>РАЗДЕЛ 4.</b>	<b>ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ. МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ БЮДЖЕТА</b>	
4.1.	Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)	28 стр.
4.2.	Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе	28-29 стр.
4.3.	Отчет об изменениях в капитале	29 стр.
4.4.	Отчет о движении денежных средств	29 стр.
4.5.	Оценка эффективности использования основных средств	29-30 стр.
4.6.	Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода	30 стр.
<b>РАЗДЕЛ 5.</b>	<b>ПАЦИЕНТЫ</b>	
5.1.	Привлечение (прикрепление) пациентов	30 стр.
5.2.	Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.	31 стр.
5.3.	Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.	31 стр.
5.4.	Безопасность пациентов	31-33 стр.
5.5.	Управление рисками в работе с пациентами	33-37 стр.
<b>РАЗДЕЛ 6.</b>	<b>КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА</b>	
6.1.	Основные показатели эффективности HR-менеджмента: обучение и переподготовка ключевых специалистов, текучесть кадров (по всем категориям), удовлетворенность работников условиями труда	37 стр.
6.2.	Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты труда	38 стр.
6.3.	Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)	38 стр.
6.4.	Управление рисками в работе с персоналом	38 -39 стр.
<b>РАЗДЕЛ 7.</b>	<b>ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	
7.1.	Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)	39-40стр.
7.2.	Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)	40 стр.
7.3.	Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.	40-41 стр.
7.4.	Новые технологии, патенты, научные и клинические исследования.	41 стр.
<b>РАЗДЕЛ 8.</b>	<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	42-45 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 №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 центра функционируют 10 структурных подразделений:**

- Отделение комплектования доноров
- Отделение тестирования крови
- Отделение заготовки крови
- Лаборатория диагностики инфекций
- Отделение выдачи продукции с блоком карантинизации, выбраковки и временного хранения компонентов крови
- Отдел контроля качества
- Служба управления персоналом
- Отдел организационно – методической работы
- Финансово-экономический отдел
- Хозяйственный 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 составляет 133 человека, в том числе:

- врачи - 2021 - 25 (2019 год - 20, 2020 год - 26);
- средние медицинские работники - 2021 - 35 (2019 год - 35, 2020 год - 33);
- младший медицинский персонал - 2021 – 21 (2019 г. - 20, 2020 год - 20);
- прочий не медицинский персонал - 2021 - 54 (2019 г. - 49, 2020 год - 54).

В 2021 году было принято 4 специалистов с высшим медицинским образованием, уволено 4 врача (в т.ч. в связи с достижением пенсионного возраста – 1, по собственному желанию - 3). Сотрудников достигших пенсионного возраста – 4 (в том числе врачи -1, прочий персонал - 3). Дефицит врачебных кадров 1 единица (врач-эпидемиолог).

Наименование	2019 год	2020 год	2021 год
<b>Врачи, всего</b>	20	26	25
из них, 2 категории	3	3	2
из них, 1 категории	3	5	4
из них, высшей категории	4	5	5

из них, без категории	10	13	14
Категорированность врачей (%)	50	50	50
Укомплектованность штатов врачей (%)	100	94	91
<b>Средний медицинский персонал, всего</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>35</b>
из них, 2 категории	5	4	4
из них, 1 категории	8	6	5
из них, высшей категории	13	16	14
из них, без категории	9	7	12
Категорированность СМП (%)	74	85	65,7
Укомплектованность штатов СМП (%)	100	100	98

Ведется планомерная работа по укреплению и обучению кадрового состава.

Категорированность врачей составила 44%, СМП 65,7%.

#### Финансирование обучения и аттестации

(тыс. тенге)

Наименование	2019 год		2020 год		2021 год	
	Количество сотрудников	Сумма	Количество сотрудников	Сумма	Количество сотрудников	Сумма
Ежегодное прохождение повышения квалификации, переподготовки врачей	11	918 330	16	1 860 400	5	174 780
Ежегодное прохождение повышения квалификации средних медицинских работников	18	327 600	15	237 400	7	163 600
Прохождение аттестации врачей	1	16 900	3	88 072	0	0
Прохождение аттестации средних медицинских работников	7	102 900	7	158 600,0	0	0
<b>Итого</b>	<b>37</b>	<b>1 365 730</b>	<b>41</b>	<b>2 344 472</b>	<b>12</b>	<b>338 380</b>

Повышение квалификации проводится по плану - 100% от потребности. За 2021 год прошли повышение квалификации 5 врачей и 7 средних медицинских работников. Расходы на обучение и прохождение аттестации в 2021 году составили 338 380 тенге, что на 2 006 092тенге меньше, чем за 2020 год и на 1 027 350 тенге меньше, чем в 2019 году.

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 97,1% на общую сумму 2 705 007,5 тыс. тенге и состоит из:

- медицинского и технологического оборудования в количестве 662 единицы, на сумму 1 621 084,8 тыс. тенге;
- зданий, сооружений и прочих основных средств, на сумму 1 083 922,7 тыс. тенге.

**За период 2019-2021 годы  
проведен закуп оборудования**

№	Наименование	2019г.	2020г.	2021г.
	<b>Всего, в т.ч.</b>	<b>25 510 688,0</b>	<b>2 938 863,3</b>	<b>36 272 064,08</b>
1	Сервер оборудование	25 255 688,0	-	-
2	МФУ и принтеры	-	397 775,0	170 362,08
3	Мониторы	-	129 960,0	267 120,0
4	Системные блоки	255 000,0	1 414 000,0	1 462 720,0
5	Электрокардиограф	-	397 111	-
6	Термотрансферный принтер	-	600 017,3	-
7	Центрифуги	-	-	744 800,0
8	Пипеточный дозатор	-	-	291 700,0
9	Запаиватели	-	-	8 704 000,0
10	Биохимический анализатор	-	-	1 500 000,0
11	Плазморазмораживатель	-	-	9 281 585,0
12	Тромбомиксер	-	-	13 849 777,0

### 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 2021 году проведено техническое и сервисное обслуживание составили 16 единиц медицинского и технологического оборудования на сумму 17 441,4 тыс. тенге, поверку 220 приборов на сумму 547,1 тыс.тенге;

В 2020 году проведено техническое и сервисное обслуживание 20 единиц медицинского и технологического оборудования на сумму 19 084,6 тыс. тенге, поверку 230 приборов на сумму 460,3 тыс. тенге;

В 2019 году проведено техническое и сервисное обслуживание 15 единиц медицинского и технологического оборудования на сумму 16 744,6 тыс. тенге, поверку 157 приборов 319,4 на сумму тыс. тенге.

#### Анализ финансово-хозяйственной деятельности за 2019-2021гг.

Предприятием в 2021 году получено финансирование в рамках ГОБМП на производство и обеспечение медицинских организаций компонентами и препаратами крови в размере 2 171 967,5 тыс. тенге, что на 86,5 % больше, чем в 2020 году (1 191 440,7 тыс.тенге) и на 114,4 % больше, чем в 2019 году (1 013 223,7 тыс.тенге).

В 2022 году ожидаемая потребность в компонентах крови в рамках ГОБМП составила – 1 940961,4 тыс.тенге.

Уменьшение связано с отменой в протоколе лечения иммунной плазмы anti Covid-19.

Доход от платных услуг в 2021 году составил 43 549,9 тыс.тенге. Уменьшение дохода от платных услуг составило 1,3 % по сравнению 2020 годом, где доход составил 45 489,5 тыс.тенге и прирост 14,2 % по сравнению 2019 годом, где доход составил 40 394,3 тыс.тенге.

финансирования	Виды	2019год	2020год	2021год	Отклонения с 2019 года (-,+)
	Всего, в т.ч.	1 053 618,0	1 236 930,2	2 215 517,4	110,3
	госзаказ	1 013 223,7	1 191 440,7	2 171 967,5	114,4
	платные услуги	40 394,3	45 489,5	43 549,9	7,8



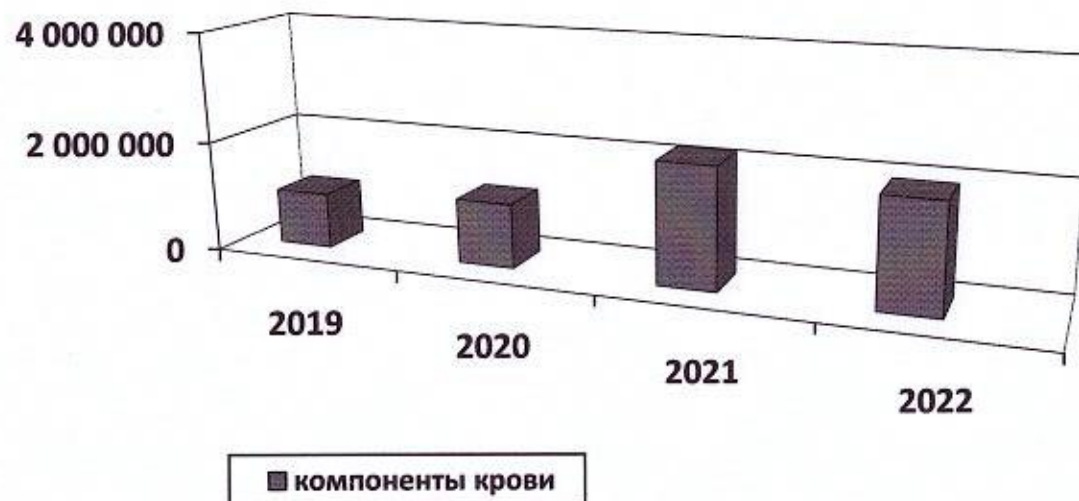
### Анализ финансирования в рамках ГОБМП за 2019-2021гг.

Программы ГОБМП	2019год	2020год	2021год	Отклонения с 2019 года (-,+)
Всего, в т.ч.	1 013 223,7	1 191 440,7	2 171 967,5	114,4
-производство крови, её компонентов и препаратов	1 005 207,9	1 191 440,7	2 171 967,5	116,1
-услуги КДУ	8 015,8	0	0	

Финансирование ГОБМП по программе "Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций здравоохранения" по сравнению с 2019 годом увеличилось на 116,1 %.

Услуги КДУ внедренные в 2017 году проводятся с 2020 года в рамках соисполнения ГОБМП. Финансирование 2021 году по сравнению с 2019 годом увеличилось на 1 158 743,8 тыс.тенге.

Динамика финансирования ГОБМП (тыс.тенге)



Фонд заработной платы в 2021 году составил 312 460,5 тыс. тенге, что на 32 500,7 тыс.тенге больше чем в 2020 году. Из них 10 521,4 тыс. тенге направлены на стимулирующие выплаты, 27 551,5 тыс. тенге в качестве премии.

Фонд заработной платы в 2020 году составил 279 959,8 тыс. тенге, что на 72 902,9тыс.тенге больше чем в 2019 году. Из них 10 521, тыс. тенге направлены на стимулирующие выплаты, 17 093,3 тыс.тенге в качестве премии.

### Анализ работы службы крови области за 2019-2021 годы

КГП "Областной центр крови" является единственной организацией в Карагандинской области, по производству компонентов крови и обеспечивает компонентами крови 38 медицинских организаций.

В соответствии с Планом мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Ел Саулығы» на 2020-2025 годы в КГП «Областной центр крови» внедрены технологии вирусинактивации и карантинизации свежемороженой плазмы. В рамках ГОБМП за 2021 год в медицинские организации области выдано вирусинактивированной и карантинизированной свежемороженой плазмы 10 738 дозы на сумму 825 788 164 тенге, что составило 54,2% от всего количества выданной плазмы в МО. В соответствии с приказом МЗ РК от 27 апреля 2020 года №256 «О некоторых вопросах производства иммунной плазмы для лечения пациентов с COVID-19» в 2021 году было выдано в медицинские организации области иммунной анти COVID-19 плазмы 9 892 дозы на сумму 761 088 897 тенге.

В соответствии с приказом УЗ КО №168-ө от 26.02.2021 года проведен мониторинг в 38 медицинских организациях на соблюдение требований по оказанию трансфузионной помощи населению области (2019г-37, 2020г-11), оказывающих стационарную помощь и в 50 амбулаторно-поликлинических организациях (2019г-45, 2020г-20) 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, утвержденным 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). За 2021 год представлены 1 информация на селекторное совещание (24.11.2021г.), для рассмотрения вопросов организации трансфузионной помощи в медицинских организациях и обеспечению компонентами крови, реагентами (2017г-2, 2018г-2, 2019г-4, 2020г-3).

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 2021 год обучено-98 врачей(2016г- 81,2017г-87, 2018г-21, 2019г-144, 2020 г-118 врачей).

В конференциях и семинарах республиканского и областного уровня приняли участие 1 сотрудник.

• С целью повышения качества медицинских услуг пройдена аккредитация Медицинской лаборатории на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетентности», получен аттестат № KZ.M.10.2227 от 18.06.2019 года (действителен до 18.06.2024года). В июле 2020 года пройден

постаккредитационный мониторинг медицинской лаборатории на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015. В 2020 году КГП «Областной центр крови» подтвердил соответствие стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови с присвоением первой категории (приказ от 07.12.2020 года №127, свидетельство от 07.12.2020г. № KZ67VEG00010714).

За 2021 год по заявкам медицинских организаций было выдано 23 406 доз препаратов крови (2018г – 22 360 доз компонентов крови и 2 л препаратов крови соответственно, 2019 г–23 434дозы компонентов крови и 2,85 л препаратов крови, 2020г-23 406 доз препаратов крови).

Заготовка донорской крови осуществляется в центре крови и в выездных условиях. За 2020 год было организовано 11 (3,2%) выездных донорских сессии и заготовлено 227,919 литров консервированной крови от 373 доноров крови (2018 год - 995 доз и 605,165л соответственно, 2019 год - 1329 доз и 806,180 л соответственно). Заготовка крови в 99,3 % осуществлялась за счет безвозмездного донорства. За 2020 год для развития безвозмездного донорства проведено: выступлений в СМИ -7, опубликовано 2 статьи, распространено 514 буклетов, в социальных сетях размещено 502 информации (Vk, mail.ru, OK.ru., Facebook, Twitter, Instagram), для приглашения доноров используются телефонные звонки, sms-оповещения, автоматическая система обзвона, работает сайт.

### Доноры и донации

(тыс. тенге)

Наименование	2019 год		2020 год		2021 год	
	Абс.	Сумма	Абс.	Сумма	Абс.	Сумма
Заготовлено консервированной крови (л)	8 091,1		8 464,3		14 789,5	
Заготовлено консервированной крови (д)	11 842		11 515		17 257	
Всего доноров	7 510		6 655		11 964	
Всего донаций, из них:	11 842		11 545		17 314	
• донаций крови	11 505	6 913	10 982	9 448,6	13 622	9 930,4
• донаций клеток	337	212,6	485	334,3	433	315,7
• донаций плазмы	0	0	78	1 524,9	3 259	50 905,4
Безвозмездных донаций	11 836	7 065,3	11 467	9 782,9	15 010	11 070,6
Платных донаций	6	30,3	78	1 524,9	2 304	50 080,9
Показатель донаций на 1000 населения	8,6		8,4		12,6	
Показатель донаций на 1000 по РК	11,6		10,9		12,3	

Для обеспечения компонентами крови МО области за период 2019-2021гг. было выделено финансирование в рамках ГОБМП на общую сумму 4 368 616,3 тыс. тенге рост финансирования за данный период составил 116,1 %, в том числе по годам:

Наименование	2019 год	% роста	2020 год	% роста	2021 год	% роста
Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций (тыс.тенге)	1 005 208,1	12,2	1 191 440,7	18,5	2 171 967,5	82,3

За период 2019-2021 гг. выдано в медицинские организации компонентов крови:



Выдано в медицинские организации за 2019 - 2021 гг. компонентов крови, в том числе:

№ п/п	Наименование	ед.изм	2021 год	%	2020 год	%	2019 год	%
1	Эритроциты	доза	13235	37,2	10673	45,6	11145	47,6
2	СЗП	доза	19802	55,7	10381	44,3	9872	42,0
3	Тромбоциты	доза	1741	4,9	1653	7,1	1989	8,6
4	Криопреципитат	доза	793	2,2	699	3,0	428	1,8
	<b>ИТОГО</b>	доза	<b>35 571</b>		<b>23 406</b>		<b>23 434</b>	
5	Альбумин 10%	литр	9,9		0		2,85	

**В 2021 году выдано:**

- Эритроцитов на 2562 дозы (24%) больше, чем в 2020 г.
- СЗП на 9421 дозу (90,75%) больше, чем в 2020г.
- Тромбоцитов на 88 доз (5,32%) больше, чем в 2020г.
- Криопреципитата на 94 дозы (13,45%) больше, чем в 2020г.
- Альбумин 10% на 9,9л (100%) больше, чем 2020 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	2018 год		2019 год		2020 год	
	(%)	Сумма	(%)	Сумма	(%)	Сумма
Доля скрининга образцов донорской крови методом ИФА (ИХЛА):						176 961,4
-на автоматических системах закрытого типа	100	109 167,6	100	95 587,7	100	
-на автоматических системах открытого типа	0		0	0	0	
Доля скрининга образцов донорской крови методом ПЦР на автоматических системах закрытого типа	100	83 182,2	100	57 828,3	100	112 488,2

3. Иммуногематологические исследования образцов крови 100% проводится на автоматических анализаторах.
4. Обеспечивается безопасность компонентов крови путем применения следующих методов:

- лейкофльтрация компонентов крови;
- карантинизация свежзамороженной плазмы;
- вирусинактивация плазмы и тромбоцитов.

**Показатели финансового обеспечения безопасности крови и ее компонентов**

(тыс. тенге)

Метод обеспечения безопасности	Компоненты крови	2019 год		2020 год		2021 год	
		%	Сумма	%	Сумма	%	Сумма
Лейкофльтрация	Тромбоциты	100	199 193,7	100	199 193,7	100	231 620,7
	Эритроциты	100		100			
	Плазма	95		95		45,8	
Карантинизация	Свежзамороженная плазма	0	0	0	0	0	0
Вирусинактивация	Плазма	34,4	177 395,1	34,4	177 395,1	54,2	541 549,1
	Тромбоциты	100		100		100	
<b>Итого</b>			<b>376 588,8</b>		<b>376 588,8</b>		<b>773 169,8</b>

**Обеспечение**

**медицинских организаций области компонентами крови за 2019-2021гг**

(тыс. тенге)

№ п/п	Наименование компонентов крови	2019 год		2020 год		2021 год	
		доз	Сумма	доз	Сумма	доз	Сумма
1.	Эритроцитсодержащие компоненты, из них:	<b>11 145</b>	<b>331 249</b>	<b>10 673</b>	<b>356 279,40</b>	<b>13 235</b>	509 998,7
	- лейкофильтрованных	11 145	331 249	10 673	356 279,40	13 235	509 998,7
2.	Свежзамороженная плазма всех видов, из них:	<b>9 872</b>	<b>901 930</b>	<b>10 381</b>	<b>599 967,52</b>	<b>19 802</b>	1 350 553,0
	- карантинизированная	0	450 965	-	-	-	-
	- лейкофильтрованная, карантинизированная	9 116	401 495	6 370	309 046,83	9 064	523 535,1
	- лейкофильтрованная,	721	47 315	3 828	277 199,51	829	825 800,9

	вирусинактивированная						
	Плазма свежемороженая аферезная вирусинактивированная	35	2 155	183	13 724,19	9 909	1 217,0
3.	Тромбоцитов всех видов, из них:	<b>1 989</b>	<b>245 155</b>	<b>1 653</b>	<b>217 756,3</b>	<b>1741</b>	256 734,4
	- лейкофильтрованных	-	-	-	-	-	-
	- лейкофильтрованных, вирусинактивированных	1 989	245 155	1 653	217 756,3	1741	256 734,4
4.	Криопреципитат карантинизированный	428	20 639	699	36 955,43	793	50 998,1
	<b>Итого</b>	<b>23 434</b>	<b>1 048 307</b>	<b>23 406</b>	<b>1 210 958,7</b>	<b>35 571</b>	<b>2 168 284,2</b>
5.	Альбумин 10% (л)	2,85	299	0	0	9,9	

За период 2019-2021 годы было выдано продукции на общую сумму 4 427 549,9 тыс. тенге.

### Контроль качества

Основная задача контроля качества - обеспечение контроля качества продуктов крови, условий их заготовки и хранения с целью предотвращения производства и выпуска продуктов крови, несоответствующих требованиям нормативной документации.

### Затраты на проведение контроля качества

№ п/п	Наименование	(тыс. тенге)					
		2019 год		2020 год		2021 год	
		%	Сумма	%	Сумма	%	Сумма
1	Лабораторный контроль качества	100	8 356	100	11 053,3	100	13 643,4
2	Бактериологический контроль	100	336	100	420	100	498,3
	<b>Итого</b>		<b>8 692</b>		<b>11 525,3</b>		<b>14 141,7</b>

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	2019год	2019 год	2021 год
Медицинские организации (кол-во)	36	39	35
Физические лица (кол-во)	1925	1 642	1005

За период 2019-2021гг. данные виды услуг были оказаны 110 медицинским организациям и 4 572 физическим лицам.

Из представленных данных следует уменьшение количества юридических из-за объединение на 10,2 %, физических лиц из-за пандемии на 38,8 %.

Предприятие реализует компоненты крови и на конкурентной основе оказывает следующие виды услуг: лабораторные исследования - иммуногематологические, 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:
<b>Клиенты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Единственная организация в области по производству компонентов крови для медицинских организаций.</li> <li>• Развитая инфраструктура центра крови с комфортабельными условиями для доноров.</li> <li>• Широкий спектр проводимых медицинских услуг, в том числе по субподряду (лабораторные исследования, лечебный плазмаферез, ВЛОК).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неправильное планирование медицинскими организациями потребностей в компонентах крови.</li> <li>• Отсутствие АИС (программа) для мониторинга за использованием и запасами компонентов крови в медицинских организациях.</li> </ul>
<b>Обучение и развитие персонала</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие квалифицированных кадров.</li> <li>• Обмен опытом со специалистами НПЦГ г.Астана и других центров крови РК.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Текучесть кадров – 11%.</li> </ul>
<b>Процессы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Своевременное и в полном объеме обеспечение компонентами крови медицинские организации области.</li> <li>• Оснащение современным медицинским оборудованием для обследования донорской крови, процессов заготовки и переработки крови и ее компонентов.</li> <li>• Проведение в полном объеме исследований образцов донорской крови (иммуногематологические и на трансфузионные инфекции).</li> </ul>	Несовершенство информационной программы АИС «InfoDONOR» и комплексной медицинской информационной системы (КМИС)



- Использование дополнительных методов обеспечения безопасности крови и ее компонентов: лейкофльтрация, вирусиактивация, карантинизация.
- Обеспечение медицинских организаций компонентами крови прошедшими дополнительные методы безопасности:
  - лейкофильтрованными эритроцитами и плазмой 100%;
  - вирусиактивированными тромбоцитами 100%;
  - карантинизированной СЗП 59,28%;
  - вирусиактивированной СЗП 45,0%.
- Брак донаций составил 1,6% (при допустимом значении – 7%).
- Списание продукции по истечению срока годности 0% (при допустимом значении 10%).
- Участие во внешней оценке качества (ВОК) и соответствие лабораторных исследований – 100%.
- Наличие системы менеджмента качества.
- Проведение лабораторного и бактериологического контроля качества компонентов крови, санитарно-бактериологического и производственного контроля - 100%.
- Уровень соответствия качества продукции крови и условий её производства по результатам лабораторного и бактериологического контроля качества, санитарно-бактериологического и производственного контроля – 100%.
- Подтверждение соответствия стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови с присвоением первой категории (2020-2023гг.).
- Наличие аккредитации медицинской лаборатории на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015г прохождение постаккредитационного мониторинга на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015.
- Использование информационной программы АИС «InfoDONOR» и комплексной медицинской информационной системы (КМИС).

<b>Финансы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Устойчивое и своевременное финансирование из государственного бюджета, своевременная оплата покупателей услуг за выполненные работы.</li> <li>• Тарифная система оплаты труда.</li> <li>• Доход по договорам соисполнения ГОБМП.</li> <li>• Доход от платных услуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкая тарифная стоимость, утвержденная МЗРК, на лабораторные исследования выполняемые в качестве соисполнителя ГОБМП.</li> <li>• Низкая платежеспособность населения за дорогостоящие услуги.</li> </ul>
----------------	---	--

Таблица 2 - Матрица возможностей

Вероятность использования возможностей	Влияние возможностей		
	Сильное (С)	Умеренное (У)	Малое (М)
Высокая (В)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Организация выплат подъемных денежных средств молодым специалистам.</li> <li>• Оплата молодым специалистам выше установленных НПА.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение количества потребителей услуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение количества и видов медицинских услуг, в качестве соисполнителя в рамках ГОБМП и платных услуг.</li> </ul>
Средняя (С)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение объема производства компонентов крови.</li> </ul>
Низкая (Н)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интеграция информационной программы АИС«InfoDONOR» в ГИС.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Финансовое стимулирование доноров</li> </ul>	

Таблица 2 - Матрица угроз

Вероятность реализации угроз	Влияние угроз		
	Критическое (К)	Тяжелое (Т)	Легкое (Л)
Высокая (В)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение социальной мотивации населения к донорству.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поломка производственного оборудования</li> </ul>	
Средняя (С)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нестабильность поступления расходного материала по причине импорт зависимости оборудования и ИМН.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отток кадров.</li> </ul>
Низкая (Н)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение стоимости ИМН из-за колебаний национальной валюты.</li> </ul>	

### 2021 год в цифрах

- Всего доноров крови – 11 964
- Всего донаций крови и ее компонентов - 17 314
- Брак донаций составил 2,6% (при допустимом значении – 7%)
- Списание продукции по истечению срока годности 0,02% (при допустимом значении 10%)
- Проведение в полном объеме исследований образцов донорской крови-100%
- Уровень соответствия внешней оценке качества лабораторных исследований (ВОК) – 100%
- Всего квалифицированных кадров - 72,0 % (93 сотрудника)
- Усовершенствование системы менеджмента качества
- Функционирование информационной программы АИС «InfoDONOR»

За 2021 год поступление финансовых средств - 2 173 208,3 тыс. тенге, прибыль составила 230 098,2 тыс. тенге.

### 1.2.Стратегия развития (стратегические цели)

КГП «Областной центр крови» работает по 4 стратегическим направлениям:

*Стратегическое направление 1: Эффективность использования финансовых средств.*

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

*Стратегическое направление 2: Клиенты*

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

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

*Цель 3.1: Обеспечение квалифицированными кадрами (индикаторов - 8)*

*Стратегическое направление 4: Обеспечение внутренних процессов*

*Цель 4.1: Повышение эффективности деятельности (индикаторов - 2)*

*Цель 4.2: Обеспечение потребности медицинских организаций области в крови и её компонентами (индикаторов - 4)*

*Цель 4.3: Обеспечение безопасности компонентов крови (индикаторов - 3)*

*Цель 4.4: Совершенствование системы управления качеством выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг (индикаторов - 2)*

## 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» №54-ө от 20.01.2020г. внесены изменения в приказ №929-ө от 29.12.2018 г. «Об утверждении состава Наблюдательного совета в коммунальные государственные предприятия»:

1.Абугалиева Р.М. - руководитель отдела бухгалтерского учета ГУ «Управление здравоохранения Карагандинской области»;

2.Тарасова Н.А. – руководитель управления по качеству и работе с регионами РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии»;

3.Нурбеков А.Н. – председатель ОО «Шарапат»;

4.Медеубаев С.Б. – заместитель председателя РОО «Отраслевой профсоюз работников системы здравоохранения «СЕНИМ»;

5.Садвакасов Т.М. - директор КГП «Областной центр крови».

Доля независимых членов в наблюдательном Совете из числа общественности составляет 40 %. В 2021 году было проведено заседаний – 4 (2020г. - 4, 2019г.- 4).

На заседаниях в течение 2021 года были рассмотрены и решены 17 вопросов:

1. Согласование отчета о выполнении плана развития КГП «Областной центр крови» за 2020 год.
2. Утверждение годовой финансовой отчетности.
3. Согласование отчета по производственной деятельности и анализ контроля качества на предприятии за 2020 год.
4. Рассмотрение Положения об оплате труда.
5. Рассмотрение Положения о платных услугах.
6. Определение размера оплаты услуг аудиторской организации за аудит финансовой отчетности (лимит).
7. Оценка эффективности работы директора по утвержденным критериям.
8. Информация о предоставлении членами НС отчета за 2020 год.
9. Согласование отчета по производственной деятельности и анализ контроля качества на предприятии за 1 квартал 2021 г.
10. Анализ закупа ИМН.
11. Принятие решения в части премирования работников ко Дню медицинского работника и к Международному дню медицинских сестер.
12. Анализ финансовых затрат за первое полугодие 2021 г.

13. Согласование отчета по производственной деятельности и анализ контроля качества на предприятии за 2 квартал.
14. Согласование проекта плана развития КГП «Областной центр крови» на 2022-2026 годы.
15. Утверждение Стратегического плана на 2022-2026 годы КГП «Областной центр крови».
16. Утверждение организационной структуры КГП «Областной центр крови».
17. Утверждение плана работы наблюдательного совета КГП «Областной центр крови» на 2022 г.

## 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: Сабилова Л.Е. - заместитель директора

Заместитель руководителя: Калиакпарова М.З. – и.о. заведующей отделом контроля качества

Секретарь: Никитина Е.П. – менеджер по качеству отдел контроля качества

Состав: Денисенко Т.Н. - и.о. заведующей отделением тестирования крови

Пужеева Е.П. – заведующая лабораторией диагностики инфекций

Икласова Р.С. – заведующая отделением выдачи продукции с блоком ВК и ВХКК

Хегай М.П. – и.о. заведующей отделением заготовки крови

Чернышова О.Г. – врач- трансфузиолог отделения комплектования доноров

Бекмагамбетов Д.Т. - юрисконсульт

Ергалиева Д.Т. – инженер по ОТ и ТБ

Направления работы Службы:

- Решение проблем (жалоб, рекламаций) доноров крови и её компонентов, населения и медицинских организаций, за 2018-2021гг. обращений на качество выпускаемой продукции крови и оказываемых услуг не было.

Предупреждение, ограничение, снижение будущих рисков и потерь возникших вследствие наступления их последствий, мониторинг рисков, за 2021г были зафиксированы риски: Нарушение герметичности контейнера с компонентом – 26, Тромбирования вены и (или) магистральной гемакон – 16, Сбой в работе оборудования – 29, Ухудшение состояния донора или пациента – 101, Допуск к донации донора несоответствующего критериям отбора – 33, Применение в работе некачественных (несоответствующих) расходных материалов, лекарственных средств и ИМН – 8, Несоответствующий результат исследования – 3, Получение некачественных образцов для исследования – 118, Отключение электроэнергии – 1, Неисполнение обязательств по договору участников государственного закупа – 3.

По всем случаям наступления рисков проведены соответствующие корректирующие мероприятия и предупреждающие действия, отрицательных последствий для доноров, медицинских организаций и реципиентов не наступало.

- Организация безопасных условий для всех доноров, посетителей, сотрудников с изучением степени удовлетворенности уровнем и качеством медицинских услуг предоставляемых предприятием, посредством проведения их анкетирования. За 2019 год 1142 донора и 73 сотрудника, за 2020 год 698 доноров и 101 сотрудник, за 2021 год 1303 доноров - по итогам анкетирования жалоб не выявлено, и 75 сотрудник - уровень удовлетворенности сотрудников составляет 85%.

- Проведение внутреннего аудита на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения, отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке. В 2019 году – 14, в 2020 году – 11, в 2021 году - 12 внутренних аудитов. Аудит карт доноров: 2019 год – 1790 карт доноров, 2020 год - 2316 карт доноров, 2021 год – 3452 карты доноров. Результаты аудитов были представлены, 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 предоставлении продукции и оказании услуг. Службой ведётся информационно-разъяснительная работа с донорами крови и её компонентов, потенциальными донорами и среди сотрудников медицинских организаций оказывающих гемотрансфузионную терапию.

- Функционирует «телефон доверия» и официальный сайт с рубрикой «вопрос-ответ», в холлах размещены 3 постера с информацией о горячей линии УЗКО, в холле второго этажа расположен информационный стенд о Службе, на первом этаже возле регистратуры расположен ящик для сбора обращений, в каждом подразделении имеются бланки для подачи обращений, проводится постоянный мониторинг по обращениям.

- Соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В 2019-2021 годах объём государственного заказа по компонентам крови выполнен полностью.

- Оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов. Ежеквартально проводится письменный опрос медицинского персонала на знание и выполнение СОП, результаты опроса используются для планирования обучающих занятий. Графики и сроки проведения метрологической поверки оборудования в 2019-2021 годах соблюдались полностью, всё оборудование подлежащее метрологической поверке имеет соответствующие лейблы и сертификаты.

**Выводы:** Служба поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы выполнила свои функции в полном объёме, индикаторы и задачи поставленные перед службой выполнены: проводится 100% мониторинг и анализ возможных и

имеющихся рисков, уровень удовлетворенности доноров и пациентов – 100%, аудит проводится в полном объеме, корректирующие мероприятия и предупреждающие действия выполняются.

### 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 2021 год	Факт за 2021 год	Факт за 2020 год	Факт за 2019 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	5	6	8
1	Рентабельность активов (ROA)	%	2,1	11,8	1,7	1,3	Не достиг
2	Просроченная кредиторская задолженность	%	0	0	0	0	Достиг
3	Доходы от платных услуг	%	15	2,0	3,7	4	Не достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов наблюдается достижение 1 индикаторов. Не достижение целевого индикатора "Доходы от платных услуг" связано с тем, что услуги, оказываемые ранее на платной основе, исполняются в рамках ГОБМП.

**Стратегическое направление 2:** *Клиенты*

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

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2021 год	Факт за 2021 год	Факт за 2020 год	Факт за 2019 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Уровень удовлетворенности медицинских организаций качеством выпускаемых компонентов крови и оказываемых услуг	%	100	100	100	100	Достиг

2	Наличие аккредитации предприятия	Да/нет	да	да	да	да	Достиг
3	Отсутствие обоснованных жалоб	Кол-во	0	0	0	0	Достиг

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

**Стратегическое направление 3: Реализация кадровой политики и совершенствование системы управления кадрами**  
**Цель 3.1: Обеспечение квалифицированными кадрами**

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2021 год	Факт за 2021 год	Факт за 2020 год	Факт за 2019 год	Сведения о достижениях
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку за счет средств организации	%	100	100	100	100	Достиг
2	Уровень категорированности врачей и медицинских работников	%	59	54,5	67	62	Не достиг
3	Уровень удовлетворенности производственного персонала	%	85	85	87	80	Достиг
4	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	95	97	98	96	Достиг
5	Текучесть производственного персонала	%	10	11	12	23	Не достиг
6	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку специалиста к средней заработной плате в экономике	%	1,49	1,49	1,46	1,45	Достиг
7	Коэффициент совмещения	%	1,3	1,1	1	1,3	Достиг
8	Доля клинических специалистов, владеющих английским языком на уровне Intermediate	%	5	0	0	52	Достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 8 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов.



Всего за период 2019-2022 гг. планировалось обучить английским языком 28 сотрудников (52%). Индикатор «Доля клинических специалистов, владеющих английским языком на уровне Intermediate» достигнут в 2019 году (100%) в связи, с чем в 2020-2022 гг. данный индикатор составляет 0.

**Стратегическое направление 4: Обеспечение внутренних процессов**

**Цель 4.1: Повышение эффективности деятельности**

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2021 год	Факт за 2021 год	Факт за 2020 год	Факт за 2019 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Доля независимых членов в наблюдательном совете из числа общественности	%	Не менее 30	40	30	30	Достиг
2	Наличие пакета типовых корпоративных документов (4)	да/нет	да	да	да	да	Достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 2 индикаторов наблюдается достижение 2 индикаторов.

**Цель 4.2: Обеспечение потребности медицинских организаций области в крови и её компонентами**

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2021 год	Факт за 2021 год	Факт 2020г	Факт 2019г	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Доля безвозмездных донаций	%	99	86,6	99,3	99,9	Не достиг
2	Доля забракованной крови от всей заготовленной консервированной крови	%	Не более 7 %	1,6	2,2	2,6	Достиг
3	Доли форменных элементов крови, списанных по истечению срока годности.	%	Не более 10%	0	0	0,02	Достиг

4	Уровень раскарантинизации СЗП	%	67,7	63,2	50,0 (раскар.) 33,0 (вируинактив.) 83,0 (общая)	63,5 77,6 (общ)	Не достиг
---	-------------------------------	---	------	------	---	--------------------	-----------

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 2 индикаторов.

*Цель 4.3: Обеспечение безопасности компонентов крови*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2019 год	Факт за 2019 год	Факт 2018г	Факт 2017г	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Уровень проведения лабораторного обследования доноров (Нв, гр.кр, резус фактор, АЛаТ, общий белок, белковые фракции, общий анализ крови, бруцеллез)	%	100	100	100	100	Достиг
2	Уровень проведения иммуногематологических исследований образцов донорской крови - скрининг а/э антител	%	100	100	100	100	Достиг
3	Уровень проведения тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	%	100	100	100	100	Достиг

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

*Цель 4.4: Совершенствование системы управления качеством выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2021 год	Факт за 2021 год	План на 2020 год	Факт за 2020 год	Факт за 2019 год	Сведения о достижении
1	2	3			4	5	6	8
<b>Целевые индикаторы</b>								

1	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	100	100	100	100	100	Достиг
2	Уровень проведения технического и сервисного обслуживания медицинского оборудования и информационных систем	%	100	99,8 1)Сервисное обслуживание -97,8 (всего единиц 46/45), 2)Техническое обслуживание внутреннее - 100,0 (всего единиц 462/462)	100	100	99,75	Не достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 2 индикаторов наблюдается достижение 1 индикатора.

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

#### Медико-экономические показатели организации за последние 3 года

№	Наименование	Факт 2019 год	Факт 2020 год	Факт 2021 год
1	Уровень удовлетворенности пациентов	100	100	100
2	Уровень удовлетворенности персонала	80	87	85
3	Уровень проведения тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	100	100	100
4	Уровень лейкофльтрации эритроцитов	100	100	100
5	Уровень лейкофльтрации СЗП	100	95	59,2
6	Уровень вирусинактивации тромбоцитов	100	100	100
7	Уровень вирусинактивации СЗП	8,6	34,4	45,0
8	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	100	100	100
9	Доходы за отчетный период составляют (тыс.тенге)	1 106 989,3	1 248 031,4	2 215 756,4

10	Расходы всего за отчетный период составляют (тыс.тенге)	1 097 322,6	1 244 422,5	2 001 000,2
11	Доходы от платных медицинских услуг (тыс.тенге)	43 394,3	43 312,5	32 894,9
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 2021 году получение доходов составило в сумме 2 231 098,3 тыс.тенге, остаток финансовых средств на 31.12.2021 года составил 218 377,0 тыс.тенге. Всего расходы составили 2 001 000,2 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.**

Внутренний и внешний финансовый контроль. В целях обеспечения и соблюдения законодательства о финансовых расходах предприятия, недопущения нецелевого использования бюджетных средств на предприятии издан приказ 30-п от 11 февраля 2019 года и 267-п от 30 декабря 2020 года "О создании комиссии по внутреннему финансовому аудиту", разработано "Положение о внутреннем финансовом аудите" от 7 февраля 2020 года. В течение 2021 года внутренний финансовый аудит не проводился.

##### **4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе**

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

Доходы по ГОБМП за 2021 год составили 2 171 967,5 тыс. тенге, в том числе : заготовка крови, её компонентов и препаратов 2 171 967,5 тыс.тенге.

В сравнении с 2020 годом доходы по ГОБМП увеличились на 998 114,7 тыс. тенге.

За 2021год доходы по платным услугам составили 43 549,9 тыс.тенге. В сравнении с 2020 годом доходы увеличились на 237,3 тыс. тенге.

По результатам работы за 2021 года прибыль составила 230 098,12 тыс.тенге.

**Мероприятие 2.** Совершенствование маркетинговой политики.

КГП «Областной центр крови» постоянно проводится работа по обновлению информации на сайте. Официальные страницы клиники ведутся в социальных сетях Vk, mail.ru, OK.ru., Facebook, Twitter, Instagram. Имеются буклеты, плакаты, лифлеты, видеоролики о работе клиники, которыми обеспечиваются лечебные учреждения области, также распространяются среди населения области.

**4.3. Отчет об изменениях в капитале.**

Капитал уменьшился на сумму 11 668,2 тыс.тенге и составил 1 826 855,0 тыс.тенге. Уменьшение связано с износом основных средств

**4.4.Отчет о движении денежных средств.**

Остаток денежных средств на 01.01.2021 г. составлял 55 563,3 тыс.тенге. За отчетный период поступили денежные средства на сумму 2 173 280,3 тыс. тенге, выбытие составило 2 010 466,6 тыс.тенге. Остаток денежных средств на 31.12.2021 г. составляет 218 377,0 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	2020год	2021год	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	1 236 930,2	2 215 517,3	-978 587,1
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 780 377,3	2 758 894,6	-21 482,7
3. Фондоотдача (тенге) (1:2)	0,44	0,80	0,36

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

Показатели	2020год	2021год	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	1 236 930,2	2 215 517,3	978 587,1
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 780 377,3	2 758 894,6	-21 482,7

3. Фондоёмкость (тенге) (2:1)	2,25	1,25	- 1,0
-------------------------------	------	------	-------

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

Показатели	2020год	2021год	Изменения за год
1. Среднесписочная численность работников	131	131	0,0
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 780 377,3	2 758 894,6	-21 482,
3. Фондовооруженность (тенге) (2:1)	21 224	21060	-164

Порогового значения достигли 1 финансовый индикатор:

- «Отсутствие кредиторской задолженности» (при плане 0,00 тенге, факт 0,00 тенге)

#### 4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг составили 43 549,8 тыс. тенге (план 41 748,5 тыс.тенге.). Отмечается рост доли доходов от платных услуг 4,3 % в сравнении с планом.

### РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

#### 5.1 Привлечение пациентов (доноров)

#### 5.1 Привлечение пациентов (доноров)

За 2021 год было 17 314 донаций от 11 964 доноров, отмечается увеличение общего числа донаций в сравнении с 2020 годом (11 545) на 5 769 донаций.

Количество доноров в 2021 году - 11 964 (2020 год – 6 655), в том числе первичных 4 426 (2020 год -1 958), наблюдается увеличение общего количества доноров на 5 309 (79,7%), увеличение первичных доноров на 2 468 (126,05%).

Регулярных доноров в 2021 году было 587 (5,0 %), в равнении с 2020 (1 340) годом количество регулярных доноров уменьшилось на 753 (-56,19%)

Отмечается тенденция снижения числа безвозмездных донаций 86,7 % в 2021году, за 2020 год – 99,3%, и увеличения количества платных донаций 13,3% в 2021 году, за 2020год – 0,7%.

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

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений Предприятие ежемесячно проводит сбор информации от медицинских организаций, получающих продукцию крови на побочные реакции и осложнения перелитых гемотрансфузионных сред, качество гемопродукции, удовлетворение потребности в компонентах и препаратах крови, исполнение заявок на трансфузионные среды. За 2019-2021гг. побочных реакций и осложнений на перелитые гемотрансфузионные среды и претензий к качеству гемопродукции не было, потребность в компонентах и препаратах крови была удовлетворена в полном объеме.

Анкетирование потребителей для оценки качества оказания услуг проводится 2 раза в год. По результатам анкетирования 100 сотрудников 37 медицинских организаций, являющихся потребителями продукции:

1. Удовлетворены своевременностью выполнения заявок на продукцию крови - 100%
2. Претензии к качеству продукции - 0
3. Удовлетворены компетентностью персонала - 100%
4. Удовлетворены условиями работы при выдаче продукции - 100%.

Обращений на качество работы и предоставляемую продукцию за период 2019-2021гг. не поступало. Удовлетворены отношением персонала крови (доброжелательность, вежливость) во время получения продукции - 100%.

За 2021 год поступило 166 обращений справочного характера за 2020 - 60, в 2019 – 36, ответы на все обращения предоставлены своевременно.

Для улучшения качества оказываемых услуг ежеквартально проводит анкетирование доноров, по результатам проведенного анкетирования за период 2019-2021гг. 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 2021 году для безопасности доноров проведены следующие мероприятия:**

Имеется письменное изложение прав и обязанностей донора на государственном и русском языках, согласно Конституции РК от 30 августа 1995 года с изменениями и дополнениями по состоянию на 23.03.2019г. (Раздел II. Человек и Гражданин, ст. 12,13,16,17,18.), 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. Имеются листы ознакомления. Обеспечивается конфиденциальность информации о доноре согласно документированной процедуре СМК ДП 22-6-19 «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 22-6-19 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 анкете донора и карте донора.

Пересмотрены и актуализированы 4 Документированных процедуры (ДП), 29 Стандартов операционных процедур (СОП), 3 положения 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 56 внутренних индикаторов оценки системы менеджмента качества медицинских услуг и безопасности пациента, проводится 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», 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:

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

5. С целью повышения качества медицинских услуг пройдены аккредитации:

- 2019г. аккредитация Медицинской лаборатории на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетентности», получен аттестат № KZ.M.10.2227 от 18.06.2019года (действителен до 18.06.2024года).
- 2020г. ноябрь аккредитация предприятия по стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, свидетельство от 07.12.2020г. № KZ67VEG00010714.
- 2020г. июль пройден постаккредитационный мониторинг медицинской лаборатории на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015.

### 5.5. Управление рисками

Предприятие проводит работу по совершенствованию процесса профилактики и устранения последствий рисков. Имеется программа управления рисками, включающая в себя: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, финансовые, прочие риски); план действий по устранению рисков и действие на каждый значительный риск. Ежегодный план по управлению рисками разработан с учетом информации полученной из Стратегического и Комплексного планов, анализе клинических показателей и отрицательных событий. План управления рисками имеется в каждом подразделении, согласно которого проводятся регулярные мероприятия и оценка знаний сотрудников. Проведение мониторинга плана управления рисками закреплено за Службой поддержки пациента (донора) и внутренней экспертизы. Мониторинг исполнения мероприятий и наличия отрицательных событий проводится ежемесячно, информация поступает от сотрудников и комиссий, анализируются данные анализа состояния окружающей обстановки.

#### Анализ управления рисками

Наименование возможного риска	Цель, на которую может повлиять данный риск	Возможные последствия в случае неприятия мер по управлению	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины не исполнения
-------------------------------	---	--	---	--	-----------------------

1	2	рисками 3	4	5	6
<b>1. Внешние риски:</b>					
<b>Снижение социальной мотивации населения к донорству</b>	<i>Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи</i>	Несвоевременно е выполнение или не выполнение заявок медицинских организаций	Обеспечить изготовление и распространение информационных материалов по безвозмездному донорству. Проводить информационно-разъяснительную работу по вопросам донорства через СМИ и интернет ресурсы среди населения. Предусмотреть мотивирующие преференции для доноров	Изготовлены и размещены стенды, буклеты, листовки, баннеры, видео и аудио, промо продукция с тематикой о донорстве. Информационные материалы о донорстве размещаются на телевизионных, радио каналах, интернет ресурсах. Проводится информационно-разъяснительная работа по разъяснению значимости и пользы донорства среди потенциальных доноров, предприятий, государственных учреждений. Проводится празднование Всемирного Дня донора крови с награждение регулярных доноров, с вручением медалей, грамот, благодарственных писем, подарков.	
<b>Нестабильность поступления расходного материала</b>	<i>Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи</i>	Не обеспечение заявок на компоненты крови медицинские организации области Остановка производственно го процесса	Планирование закупа расходных материалов с учетом требований процессов производства. Контроль за исполнением договорных обязательств поставщиками расходных материалов. Поддержание	Применение технической спецификации при закупе расходных материалов. Своевременное исполнение договорных обязательств в части соблюдения сроков оплаты. Контроль за постоянным наличием и сроками годности неснижаемого запаса расходных материалов	

			запаса расходных материалов	
<b>Увеличение стоимости расходных материалов и оборудования</b>	<i>Эффективность использования активов и отсутствие кредиторской задолженности</i>  <i>Совершенствование системы управления качеством и безопасностью выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг</i>	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	Планирование необходимого уровня финансирования проводится на основе анализа потребления и прогнозируемой финансовой ситуации. Планирование и утверждение уровня финансирования проводится через взаимодействие с финансирующими органами.  Проводится мониторинг цен поставщиков
<b>2. Внутренние риски:</b>				
<b>Поломка производственного оборудования</b>	<i>Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи</i>	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 согласно графиков технического обслуживания и метрологической проверки 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»
<b>Возникновение</b>	Обеспечение	Остановка	Ответственный за	Персонал обучается правилам противопожарной

пожара	медицинских организаций области кровью и её компонентами	производственно го процесса. Невыполнение заявок медицинских организаций. Материальный ущерб. Потеря здоровья и жизни персонала, доноров и посетителей.	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; Выполняются мероприятия по управлению противопожарной безопасностью.	<p>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 жстью 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 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.</p> <p>Легковоспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие, потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по технике безопасности, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) систематическую сортировку и маркировку;</li> <li>2) запираение помещения и герметическую изоляцию;</li> <li>3) использование контейнеров с запирающим механизмом или перильных ограждений для хранения газовых баллонов, доступ к которым предоставляется только уполномоченным лицам;</li> <li>4) химикаты хранятся на уровне пола на специализированных поддонах в подвальном помещении.</li> </ol> <p>Исполняются мероприятия по ДП «Обеспечение пожарной безопасности предприятия».</p>
--------	--	---	--	---

За 2021 год были зафиксированы риски:

№	Наименование и количество	Оценка корректирующих действий
1.	Нарушение герметичности контейнера с компонентом - 26	Снизилось на 57,3% (2020г. – 61)
2.	Тромбирования вены и (или) магистральной гематома - 16	Снизилось на 11,1% (2020г. -18)
3.	Сбой в работе оборудования - 29	Снизилось на 54,7% (2020г. – 64)
4.	Ухудшение состояния донора или пациента - 101	Увеличилось на 4,1% (2020г. - 97), при увеличении донаций в выездных условиях донорских сессий в 2,67 раза
5.	Допуск к донации донора несоответствующего критериям отбора - 33	Увеличилось на 175% (2020г. – 12), при увеличении донаций в выездных условиях донорских сессий в 2,67 раза
6.	Применение в работе некачественных (несоответствующих) расходных материалов, лекарственных средств и ИМН - 8	При последующих поставках риск не повторялся
7.	Несоответствующий результат исследования - 3	Увеличилось на 50% (2020г. – 2), при увеличении донаций в выездных условиях донорских сессий в 2,67 раза
8.	Получение некачественных образцов для исследования - 118	Отрицательных последствий не последовало
9.	Отключение электроэнергии - 1	Случаи не повторялись
10.	Неисполнение обязательств по договору участников государственного закупа - 3	Отрицательных последствий не последовало

## 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 23 сотрудника Организации, что составляет 18% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 5, СМР – 10, АУП – 1, прочие – 7 человека. Приняли участие в конференциях и семинарах республиканского и областного уровня 1 сотрудник.

С целью определения удовлетворенности персонала, ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год уменьшилась с 12% до 11%, из них уровень текучести врачей – 3%, СМР – 5%, ММП – 0%, прочие – 3%.

## **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 2021 году было выплачено в форме дополнительного материального поощрения (стимулирования):

КВФ увеличение – 10 521,4 тыс. тенге, что на 3 150,6 тыс.тенге больше чем в 2020 году ;

КВФ уменьшение и штрафные санкции составили в 2020 году - 1 493,0 тыс.тенге, что на 2 тыс.тенге ниже, чем 2020 году;

Премия - 17 091,3 тыс.тенге, что на 10 588,0 тыс.тенге меньше чем 2020 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 этики и деонтологии, 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 Организации в честь празднования Дня медицинского работника и Дня независимости.

Составление индивидуальных планов развития руководства на соответствующий год.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 15, из них АУП – 1, врачи – 4, СМР – 6, ММП – 0, прочие - 4. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 15, из них по причинам увольнения: 2 сотрудника – выход на пенсию, 3 – переезд в другую страну, 1 – по состоянию здоровья.

## **6.4 Управление рисками**

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За отчетный период проведена работа по БиОТ:

- проведено 11 семинарских и практических занятий по БиОТ;
- проведена ежегодная проверка знаний в области БиОТ – 126 сотрудников;
- проведена проверка знаний по нормам и правил ТБ при работе с электроустановками – 3 сотрудника;

За отчетный период проведена работа по ГЗ и ЧС:

- проведено 14 семинарских занятий «Деятельность деструктивных религиозных течений на территории РК. Действия по обнаружению взрывного устройства. Пропаганда экстремизма и терроризма. Действия при захвате заложников»;
- произведен монтаж 26 камер видеонаблюдения;
- проведено практическое занятие по использованию первичных средств пожаротушения - 18 сотрудников.

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)**

- С целью повышения качества медицинских услуг пройдена аккредитация Медицинской лаборатории на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетентности», получен аттестат № KZ.M.10.2227 от 18.06.2019 года (действителен до 18.06.2024года). В декабре 2020 года пройдена Национальная аккредитация предприятия по стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, свидетельство от 07.12.2020г. № KZ67VEG00010714. В июле 2020 года пройден постаккредитационный мониторинг медицинской лаборатории на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015.

- В 2021 году предприятием использованы финансовые ресурсы на сумму 2 010 466,6 тыс.тенге, из них:

- в рамках исполнения ГОБМП 1 951 026,4 тыс.тенге;
- из средств оказания платных услуг – 59 440,2 тыс.тенге.

- На повышение квалификации сотрудников предприятия и переподготовку врачей и средних медицинских работников были использованы средства на сумму 338,4 тыс.тенге.

Из производственного персонала повышение квалификации и переподготовку прошли 5 врачей и 10 средних медицинских работников, из прочего персонала прошли обучение и повышение квалификации 8 работников.

Приняли участие в конференциях и семинарах республиканского и областного уровня 1 сотрудник.

Ежегодный медицинский осмотр прошли 118 работников, сумма расходов составила 461,6 тыс.тенге.

На развитие донорского движения, в том числе на изготовление баннеров, листовок, брошюр в 2021 году было затрачено средств на сумму 755,2 тыс. тенге.

Для обеспечения медицинских организаций:

- редкими группами крови проводились акции по пополнению регистра потенциальных доноров с редкими группами крови, на данные акции затрачены средства на сумму 15,2 тыс.тенге;

- свежезамороженной вирусинактивированной иммунной плазмой с антителами COVID-19 было привлечено 3 259 доноров и выплачено -50 905,4 тыс. тенге.

Для повышения доли раскарантинизации плазмы требуется возврат доноров на контрольное обследование, для этого производится оповещение доноров посредством СМС рассылок и телефонных звонков, общая сумма расходов для этих целей составила 274,2 тыс.тенге.

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

Затраты на обеспечение безопасности составили:

-двух этапный скрининг ИХЛА и ПЦР – 289 449,6 тыс.тенге;

-лейкофльтрация - 231 620,7 тыс.тенге;

-вирусинаktivация - 541 549,1 тыс.тенге;

-иммуногематологические, серологические, биохимические и гематологические исследования составили – 120 384,5 тыс.тенге.

Затраты в 2021 году для проведения контроля качества выпускаемой продукции составили 14 141,7 тыс.тенге.

Затраты на сервисное и техническое обслуживание в 2021 году медицинского оборудования составили сумму 20 081,9 тыс.тенге и поверку средств измерений – 547,1 тыс.тенге.

Расходы на Сопровождение программного обеспечения "Инфодонор" в 2021 году составили 6 480,0 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**

В КГП «Областной центр крови» в соответствии с приказом № 2-п от 05.01.2021года действует формулярная комиссия. Комиссия состоит из 9 человек, заседания проводятся 1 раз в квартал. По итогам 2021 года проведено 4 заседания (2019г. -2 заседания, 2020г. – 4 заседания). Основной целью формулярной комиссии является внедрение и поддержание формулярной системы, регулирование аспектов закупки, оптимизация и рациональное использование лекарственных средств. Формулярная комиссия ежегодно проводит оценку эффективности использования ЛС И ИМН (закуп, хранение, мониторинг лекарственных средств).



Форма для составления лекарственного формуляра разрабатывается формулярной комиссией Управления Здравоохранения Карагандинской области. Лекарственный формуляр КГП "Областной центр крови" утверждается директором предприятия и согласовывается с Управлением Здравоохранения Карагандинской области.

В КГП «Областной центр крови» разработан и утвержден СМК ДП 09-04-20 «Организация входного контроля расходных материалов, лекарственных средств, изделий 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, продукции, ЛС и ИМН. В 2021 году комиссией по входному контролю было проведено 851 процедура входного контроля (2019г. – 624, 2020г. – 645). В 2020 году несоответствий требованиям входного контроля принимаемой продукции 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.

**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	План на 2021г	Факт 2021г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Рентабельность активов (РАО)	%	Отчет	Финансовый отдел	2,1	0,35	Не достигнут
2	Просроченная кредиторская задолженность	тенге	Отчет	Финансовый отдел	0	0	Достигнут
3	Доходы от платных услуг	%	Отчет	Финансовый отдел	15	2,0	Не достигнут

*Стратегическое направление 2: Клиенты*

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

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2021г	Факт 2021г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Уровень удовлетворенности медицинских организаций качеством выпускаемых компонентов крови и оказываемых услуг	%	Отзыв	ОКК	100	100	Достигнут
2	Наличие аккредитации предприятия	Да/нет	Свидетельство	ОКК	да	да	Достигнут
3	Отсутствие обоснованных жалоб	Кол-во	Жалоба Реклама ция Информация	ОКК	0	0	Достигнут

## Обучение и развитие персонала

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

*Цель 3.1: Обеспечение квалифицированными кадрами*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2021г	Факт 2021г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку за счет средств организации	%	Статистические данные	СУП	100	100	Достигнут
2	Уровень категорированности врачей и медицинских работников	%	Статистические данные	СУП	59	54,5	Не достигнут
3	Уровень удовлетворенности производственного персонала	%	Статистические данные	СУП	85	85	Достигнут
4	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	Статистические данные	СУП	95	97	Достигнут
5	Текучесть производственного персонала	%	Статистические данные	СУП	10	11	Не достигнут
6	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку специалиста к средней заработной плате в экономике	%	План	Финансовый отдел	1,49	1,49	Достигнут
7	Коэффициент совмещения	%	Статистические данные	СУП	1,3	1,0	Достигнут
8	Доля клинических специалистов, владеющих английским языком на уровне Intermediate	%	Отчет	СУП	15	0	Достигнут в 2019 году

*Стратегическое направление 4: Обеспечение внутренних процессов*

*Цель 4.1: Повышение эффективности деятельности*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2021г	Факт 2021г	Статус достижения
---	----------------------------------	---------------	---------------------	---------------	---------------	------------	-------------------

1	2	3	4	5	6	7	8
	<b>Целевые индикаторы</b>						
1	Доля независимых членов в наблюдательном совете из числа общественности	%	Приказ УЗКО	СУП	Не менее 30	40	Достигнут
2	Наличие пакета типовых корпоративных документов (4)	да/нет	-	СУП	да	да	Достигнут

*Цель 4.2: Обеспечение потребности медицинских организаций области в крови и её компонентами*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2021г	Факт 2021г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	<b>Целевые индикаторы</b>						
1	Доля безвозмездных донаций	%	Карта донора АИС «InfoDONOR»	ОКД	99	86,6	Достигнут
2	Доля забракованной крови от всей заготовленной консервированной крови	%	Отчет АИС «InfoDONOR»	ОВП с блоком КВ и ВХ КК	Не более 7 %	1,6%	Достигнут
3	Доли форменных элементов крови, списанных по истечению срока годности.	%	Отчет	ОВП с блоком КВ и ВХ КК	Не более 10%	0	Достигнут
4	Уровень раскарантинизации СЗП	%	АИС «InfoDONOR» Отчет	ОКД ОВП с блоком КВ и ВХ КК	67,8	63,2 (общая)	Достигнут

*Цель 4.3: Обеспечение безопасности компонентов крови*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2021г	Факт 2021г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8

<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Уровень проведения лабораторного обследования доноров (Нв, гр.кр, резус фактор, АЛаТ, общий белок, белковые фракции, общий анализ крови, бруцеллез)	%	Приказ	ОТК	100	100	Достигнут
2	Уровень проведения иммуногематологических исследований образцов донорской крови - скрининг а/э антител	%	Приказ	ОТК	100	100	Достигнут
3	Уровень проведения тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	%	Приказ	ЛДИ	100	100	Достигнут

*Цель 4.4: Совершенствование системы управления качеством выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2021г	Факт 2021г	Статус достижения
1	2	3	4	5			8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	Отчет	ОКК	100	100	Достигнут
2	Уровень проведения технического и сервисного обслуживания медицинского оборудования и информационных систем	%	Отчет	ОКК	100	99,8	<b>Не достигнут</b> 1) Сервисное обслуживание -97,8 (всего единиц 46/45), 2) Техническое обслуживание внутреннее -100,0 (всего единиц 462/462)