

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1.	О ПРЕДПРИЯТИИ	
1.1.	Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)	4-20 стр.
1.2.	Стратегия развития (стратегические цели и задачи)	20 стр.
РАЗДЕЛ 2.	КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ (для организации с корпоративным управлением)	
2.1.	Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров	21 стр.
2.2.	Состав и деятельность Службы внутреннего аудита	22-23 стр.
РАЗДЕЛ 3.	ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ	
3.1.	Ключевые показатели деятельности (по плану развития)	23-27 стр.
3.2.	Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)	27-28 стр.
РАЗДЕЛ 4.	ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ. МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ БЮДЖЕТА	
4.1.	Отчет о финансовом положении (финансово-экономические показатели)	28 стр.
4.2.	Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе	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 стр.
4.6.	Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода	30 стр.
РАЗДЕЛ 5.	ПАЦИЕНТЫ	
5.1.	Привлечение (прикрепление) пациентов	31 стр.
5.2.	Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.	31-32 стр.
5.3.	Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.	32 стр.
5.4.	Безопасность пациентов	32-33 стр.
5.5.	Управление рисками в работе с пациентами	33-38 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	38 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)	39 стр.
6.4.	Управление рисками в работе с персоналом	40 стр.
РАЗДЕЛ 7.	ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ	
7.1.	Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)	40 стр.
7.2.	Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие <u>стационарозамещающих технологий</u>)	41 стр.
7.3.	Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.	41 стр.
7.4.	Новые технологии, патенты, научные и клинические исследования.	41 стр.
РАЗДЕЛ 8.	ПРИЛОЖЕНИЯ	42-45 стр.

РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ

1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение, отчетный год в цифрах)

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

1. Профессионализм и компетентность коллектива;
2. Высокое качество оказываемых медицинских услуг;
3. Уважение чести и достоинства донора (пациента), его права на личную и медицинскую тайну.
4. Улучшение результативности динамично развивающейся системы менеджмента качества;
5. Взаимовыгодное отношение с бизнес - партнерами и поставщиками на различных уровнях.

КГП «Областной центр крови», согласно государственной лицензии от 18.04.2013 года № 000979, осуществляет следующую медицинскую деятельность:

- Заготовка, консервация, переработка 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

- Консультативно-диагностическая медицинская помощь взрослому населению - по специальности трансфузиология
В составе центра функционируют 9 структурных подразделений:

- Отделение комплектования доноров
- Отделение тестирования крови
- Отделение заготовки крови и ее компонентов
- Лаборатория диагностики инфекций
- Отделение выдачи продукции с блоком карантинизации, выбраковки и временного хранения компонентов крови
- Отдел контроля качества
- Служба управления персоналом
- Инженерно-техническая служба и хозяйственный персонал
- 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 составляет 128 человек, в том числе:

- врачи- 2017 - 22 (2016 год - 25, 2015 год - 24);
- средние медицинские работники - 2017 - 34 (2016 год - 37, 2015 год - 42);
- младший медицинский персонал- 2017 - 20 (2016 г. - 20, 2015 год -25);
- прочий не медицинский персонал - 2017 - 49 (2016 г. - 50, 2015 год -54).

Уменьшение количества средних медицинских работников произошло в связи с закрытием отделений выдачи продукции (экспедиция) в г.Жезказган, г.Балхаш.

В 2017 году было принято 5 специалистов с высшим медицинским образованием, уволено 5 врачей (в т.ч. по собственному желанию - 4, по достижению пенсионного возраста - 1). Сотрудников достигших пенсионного возраста - 7 (в том числе врачи -2, прочий персонал - 5). Дефицит врачебных кадров 1 единица (врач-лаборант).

Штатное расписание центра уменьшено с 247 (2016г.) до 195,75 (2017г.) на 51,25 единицы:

Наименование	2015 год	2016 год	2017 год
Врачи, всего	24	25	22
из них, 2 категории	1	1	2
из них, 1 категории	6	3	4

из них, высшей категории	5	2	3
из них, без категории	12	19	13
Категорированность врачей (%)	50	24	41
Укомплектованность штатов врачей (%)	100	100	100
Средний медицинский персонал	42	37	34
из них, 2 категории	8	5	6
из них, 1 категории	8	6	7
из них, высшей категории	9	10	10
из них, без категории	17	16	11
Категорированность СМП (%)	60	57	68
Укомплектованность штатов СМП (%)	100	100	100

Повышение квалификации проводится по плану - 100% от потребности. Категорировалось врачей составила 41%, СМП увеличилась с 60 до 68%.

В Центре ведется планомерная работа по укреплению и обучению кадрового состава:

Финансирование обучения и аттестации

Наименование	2015 год		2016 год		2017 год	
	Количество сотрудников	Сумма (тенге)	Количество сотрудников	Сумма (тенге)	Количество сотрудников	Сумма (тенге)
Ежегодное прохождение повышения квалификации, переподготовки врачей	8	12 450	6	206 520	8	861 360
Ежегодное прохождение повышения квалификации средних медицинских работников	14	81 800	13	75 000	9	163 800
Прохождение аттестации врачей	2	-	3	-	4	76 574
Прохождение аттестации средних медицинских работников	3	-	2	21 300	6	79 824
Итого	27	94 250	24	302 820	27	1 181 558

За 2017 год прошли повышение квалификации и переподготовку 8 врачей и 9 средних медицинских работников, получили квалификационную категорию 4 врача и 6 средних медицинских работников. За отчетный период врачи центра прошли стажировку в Германии, США, Санкт-Петербурге.

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 авто спецтранспорта перед выездом в экспедицию, как для забора крови у доноров, так и доставки крови потребителю.

Материально - техническое оснащение - 85% на общую сумму 1 571 611тыс. тенге состоит из:

- медицинского и технологического оборудования в количестве 662 единицы, на сумму 546 019 тыс. тенге;
- зданий, сооружений и прочих основных средств, на сумму 1 025 592 тыс. тенге.

Техническое и сервисное обслуживание медицинского оборудования проводится в соответствии с техническими требованиями к оборудованию. Общая сумма затрат на техническое и сервисное обслуживание медицинского и технологического оборудования составляет 21 036 тыс.тенге, в том числе по годам:

Наименование	2015 год		2016 год		2017 год .	
	Количество оборудования	Сумма (тыс. тенге)	Количество оборудования	Сумма (тыс. тенге)	Количество оборудования	Сумма (тыс. тенге)
Техническое обслуживание, ремонт медицинского и технологического оборудования (тыс. тенге)	109	1 684	36	6 597	37	12 755

За период 2015-2017 годы проведен закуп оборудования:

Наименование	2015г.	2016г.	2017г.
Всего, в т.ч.	2 912,2	6 906,8	4 586,0
Аппарат лазерный терапевтический "Матрикс -ВЛОК	187,7	-	-
Система видеонаблюдения	124,9	-	-
Фотометр уровня гемоглобина в крови	214,6	-	-
Устройство стерильного соединения	2 450,0	-	-

"Compodock"			
Аквадистиллятор PHS Agua 4	154,0	-	-
Сервер оборудование	-	6 906,8	-
Ноутбук	-	-	241,0
Автотранспортное средство	-	-	4 345,0

Анализ финансово-хозяйственной деятельности за 2015-2017гг.

С 2015 года общее финансирование предприятия выросло на 84 %, в том числе на 91 % увеличились средства в рамках ГОБМП, на 14 % платные услуги.

Виды финансирования	2015г.	2016г.	2017г.	Отклонения с 2015 года (-,+)
Всего, в т.ч.	494 342,3	549 761,0	910 013,4	+ 415 671,1
госзаказ	450 400,0	498 012,9	859 709,3	+ 409 309,3
платные услуги	43 942,3	48 748,1	50 304,1	+ 6 361,8

Анализ финансирования в рамках ГОБМП за 2015-2017гг.

Программы ГОБМП	2015г.	2016г.	2017г.	Отклонения с 2015 года (-,+)
Всего, в т.ч.	450 400	498 012,9	858 359,8	+ 407 959,8
Производство крови, её компонентов и препаратов	450 400,0	498 012,9	857 897,8	+ 407 497,8
Услуги КДУ	-	-	462,0	+ 462,0

Финансирование ГОБМП по программе "Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций здравоохранения" по сравнению с 2015 годом увеличилось на 90 %.

Услуги КДУ внедрены в 2017 году.

Динамика финансирования ГОБМП (тыс. тенге)



Фонд заработной платы в 2017 году составил 157 889,8 тыс.тенге, что на 3 408,9 тыс.тенге больше чем в 2016 году. Из них 2 646,1 тыс. тенге направлены на стимулирующие выплаты, 10 146,8 тыс.тенге в качестве премии к Дню Независимости и по итогам 2017 года.

Фонд заработной платы в 2016 году составил 154480,9 тыс.тенге, что на 12 900,7 тыс.тенге больше чем в 2015 году. В качестве стимулирующих выплат в 2016 году было выплачено 652,1 тыс. тенге и премий на сумму 4 692,0 тыс.тенге.

В качестве стимулирующих выплат в 2015 году было выплачено 467,3 тыс. тенге и премий на сумму 1 952,5 тыс.тенге.

Анализ работы службы крови области за 2015-2017 годы

КГП "Областной центр крови" является единственной организацией в Карагандинской области, по производству компонентов крови и обеспечивает компонентами крови и диагностическими стандартами 43 медицинские организации.

В соответствии с ежегодными приказами Управления здравоохранения Карагандинской области по организации мониторинга трансфузионной помощи медицинским организациям Карагандинской области КГП "Областной центр крови" в 2017 году оказывал практическую и методическую помощь 39 медицинским организациям (2015г-37, 2016-38) и 25 амбулаторно-поликлиническим организациям (2015г-24, 2016-25) 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). За 2017 год проведены 2 селекторных совещаний, где рассмотрены вопросы организации трансфузионной помощи в медицинских организациях и обеспечению компонентами крови, реагентами (2015г- 5, 2016г - 3).

В КТП "Областной центр крови" для врачей медицинских организаций области, занимающихся переливанием крови и ее компонентов, организовано проведение 3-х дневного цикла стажировки по теме: «Актуальные вопросы трансфузиологии» с освоением методики определения группы и резус – принадлежности крови за 2017 год обучено- врачей 87 (2015г - 83, 2016 - 81)

В июне 2017 года проведена комплексная проверка Министерства здравоохранения Республики Казахстан на предмет выполнения требований законодательства в части клинического применения донорской крови, лабораторного тестирования реципиентов крови и ее компонентов. По результатам оценки деятельности ОЦК по направлениям – «Управление организацией производства продуктов крови», «Заготовка крови и ее компонентов, в том числе с использованием аппаратных методов», «Получение компонентов крови, их процессинг и хранение», «Реализация продуктов крови» дефектов не выявлено.

С целью повышения качества медицинских услуг в ноябре 2017 года областной центр крови прошел аккредитацию на соответствие Национальным стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови. По результатам аккредитации приказом КООЗ МЗ РК №172 –ОД от 08.12.2017г. присвоена первая категория.

За 2017 год по заявкам медицинских организаций было выдано 23 775 доз компонентов и 118,7 л препаратов крови (2015 год - 21873 доз и 150,9л; 2016 год - 20963 дозы и 178,15л соответственно).

Заготовка донорской крови осуществляется в центре крови и в выездных условиях. За 2017год было организовано 27(9%) выездных донорских сессий и заготовлено 312,4 литра консервированной крови от 609 доноров крови (2015 год - 21873 доз и 150,9л; 2016 год - 20963 дозы и 178,15л соответственно). Заготовка крови в 99,6% осуществлялась за счет безвозмездного донорства. За 2017 год для развития безвозмездного донорства проведено 2 телепередачи, опубликовано 4 статьи, распространено 800 буклетов, организована работа в социальных сетях (Vk, mail.ru, OK.ru., Facebook, twitter, Instagram), для приглашения доноров используются телефонные звонки, sms-оповещения, работает сайт.

Доноры и донации

Наименование	2015 год.		2016 год		2017 год.	
	Абс.	Сумма (тыс. тенге)	Абс.	Сумма (тыс. тенге)	Абс.	Сумма (тыс. тенге)
Заготовлено консервированной крови (л)	7973,1		7002,9		7486,3	
Заготовлено консервированной крови (д)	14114		13287		11631	
Всего доноров	9192		8890		7908	
Всего донаций, из них:	14114		13287		11631	

	* донаций крови	13212	7 440	13026	7 081	11469	7 241
	* донаций клеток	75	42	37	20	162	118
	* донаций плазмы	827	466	224	122	0	0
	Безвозмездных донаций	13966	7360	13202	6 862	11631	7 253
	Платных донаций	148	588	85	361	25	106
	Показатель донаций на 1000 населения	10		10		8	
	Показатель донаций на 1000 по РК	16		15		12	

Для обеспечения ГОБМП за период 2015-2017гг. получено финансирование на общую сумму 1 806 310 тыс. тенге, в том числе по годам:

Наименование	2015г	2016г	2017г
Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций (тыс.тенге)	450 400	498 013	857 897

Финансирование ГОБМП в 2015-2016 годах проводилось на заготовку консервированной крови в литрах, с 2017 года финансирование ГОБМП проводится на выдачу компонентов крови в дозах с применением дополнительных методов обеспечения безопасности компонентов крови.

В 2017 г. было выдано в МО компонентов больше чем в предыдущие годы:



Эритроцитов 10813 доз, на 289 доз (2,7%) больше, чем в 2016г. (10524д). СЗП-10842 дозы, на 1838 доз (20%) больше чем в 2016г. (9004д). Тромбоцитов 1432 дозы, на 496 доз (53%) больше чем в 2016г. (936 д), криопреципитата 688, на 187 доз (37,3%) больше чем в 2016г. (501д). Выдача препарата альбумин 119 литров, что на 59 литров меньше чем в прошлом году.

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 «Info DONOR», 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

Наименование	2015 год		2016 год		2017 год.	
	(%)	Сумма (тыс. тенге)	(%)	Сумма (тыс. тенге)	(%)	Сумма (тыс. тенге)
Доля скрининга образцов донорской крови методом ИФА (ИХЛА):						
-на автоматических системах закрытого типа	74	61 126	100	88 249	100	97 886
-на автоматических системах открытого типа	26	5 654	0		0	
Доля скрининга образцов донорской крови методом ПЦР на автоматических системах закрытого типа	100	59 731	100	83 329	100	88 769

3. Иммуногематологические исследования образцов крови 100% проводится на автоматических анализаторах.

4. Обеспечивается безопасность компонентов крови путем применения следующих методов:

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

Показатели финансового обеспечения безопасности крови и ее компонентов

Метод обеспечения безопасности	Компоненты крови	2015 год		2016 год		2017 год	
		%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)
Лейкофилтрация	Тромбоциты	100	71 894	100	80 873	100,0	144 802

	Эритроциты	59,0		33,0		90,0	
	Плазма	14,0		19,0		41,0	
Карантинизация	Свежзамороженная плазма	99,62	20 636	81	18 096	96,0	21 370
Вирусинактивация	Плазма	0,38	888	0		4,0	14 916
	Тромбоциты	2,0	1 307	0		92,9	61 785
Итого			94 725		98 969		242 873

Увеличение расходов на ИМН позволило улучшить качество выдаваемых компонентов крови.

**Динамика стоимости продукции крови,
выданной в медицинские организации за 2015-2017гг**

	Наименование компонентов крови	2015 год		2016 год		2017 год	
		доз	Сумма (тыс. тенге)	доз	Сумма (тыс. тенге)	доз	Сумма (тыс. тенге)
·	Эритроцитсодержащие компоненты, из них:	10898	146 668	10524	163 539	10813	292 751
	- лейкофильтрованных	6380	113 570	3421	75 146	9746	278 463
·	Свежзамороженная плазма всех видов, из них:	9296	283 940	9004	288 942	10842	420 123
	- карантинизированная	1311	33 438	7296	228 829	5922	197 516
	- лейкофильтрованная, карантинизированная	7949	248 661	1708	60 113	4484	192 198
	- лейкофильтрованная, вирусинактивированная	0		0		436	30 409
	Плазма свежзамороженная аферезная вирусинактивированная (доз)	36	1 841	0		0	
·	Тромбоцитов всех видов, из них:	1047	49 850	934	61 470	1432	168 622
	- лейкофильтрованных	1029	47 692	934	61 470	102	6 713
	- лейкофильтрованных, вирусинактивированных	18	2 158	0		1330	161 909
	Альбумин 10%	149,95	14 367	176,3	16 891	118,7	12 456

	Криопреципитат карантинизированный	626	8 328	501	9 007	688	32 498
	Итого	21867	503 153	20963	539 849	23775	926 450

За период 2015-2017 годы было выдано продукции на общую сумму 1 969 452 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	2015 год		2016 год		2017 год	
		%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)
1	Лабораторный контроль качества	62,5	2 466	85,1	7 304	98,4	9 771
2	Бактериологический контроль	100	164	100	220	100	698
	Итого		2 630		7 524		10 469

Уровень лабораторного исследования качества продуктов крови за отчетный период возрос с 62,5% до 98,4%. Уровень бактериологического контроля качества составляет 100%.

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

Наименование	2015 год	2016 год	2017 год
Медицинские организации (кол-во)	32	34	35
Физические лица (кол-во)	1 342	1 641	1 997

За период 2015-2017гг. данные виды услуг были оказаны 101 медицинским организациям и 4980 физическим лицам.

Из представленных данных следует рост количества юридических на 3%, физических лиц на 22 %.

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:
Клиенты	<ul style="list-style-type: none"> • Единственная организация в области по производству компонентов крови для медицинских организаций. • Развитая инфраструктура центра крови с комфортабельными условиями для доноров. • Широкий спектр проводимых медицинских услуг, в том числе по субподряду (лабораторные исследования, лечебный плазмаферез, ВЛОК). 	<ul style="list-style-type: none"> • Неправильное планирование медицинскими организациями потребностей в компонентах крови. • Отсутствие АСУ (программа) за использованием и запасами компонентов крови в медицинских организациях.
Обучение и развитие персонала	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие квалифицированных кадров. • Обучение специалистов в ближнем и дальнем зарубежье. • Обмен опытом со специалистами НПЦТ г.Астана и других центров крови РК 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточно высокий уровень категорированности врачей (41,0%) и среднего медицинского персонала (68%). • Текучесть кадров.
Процессы	<ul style="list-style-type: none"> • Своевременное обеспечение компонентами крови медицинские организации области. • Оснащение современным медицинским оборудованием для обследования донорской крови, процессов заготовки и переработки крови и ее компонентов. • Проведение в полном объеме исследований образцов донорской крови (иммуногематологические и на трансфузионные инфекции). • Использование методов обеспечения безопасности крови и ее компонентов: лейкофильтрация, вирусинактивация, 	<ul style="list-style-type: none"> • Использование методов обеспечения безопасности крови и ее компонентов менее 100%: <ul style="list-style-type: none"> -лейкофильтрации: эритроцитов 90% (РК-92%), плазма 41% (РК – 19%); -вирусинактивации: СЗП 4% (РК-17%), тромбоцитов 92,9% (РК – 95,7%). • Уровень контроля качества компонентов крови 98,4%. • Неполный охват проведения технического

	<p>карантинизация.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Брак донаций составил 3% (при допустимом значении – 9%). Списание продукции по истечению срока годности 4,3% (при допустимом значении 10%). • Участие во внешней оценке качества лабораторных исследований (ВОК). • Наличие системы менеджмента качества. • Проведение лабораторного и бактериологического контроля качества компонентов крови, санитарно-бактериологического и производственного контроля. • Функционирование информационной программы АИС «Info DONOR», и комплексной медицинской информационной системы (КМИС) • В 2017 году проведены: <ul style="list-style-type: none"> - комплексная проверка МЗ РК дефектов не выявлено; - аккредитация на соответствие Национальным стандартам с присвоением первой категории 	<p>обслуживания оборудования.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие защитных средств (коробки для плазмы). • Отсутствие необходимого оборудования (приказ МЗ РК №684 10.11.2009 «Об утверждении Правил контроля качества и безопасности донорской крови и ее компонентов» с изменениями от 29.05.2015года приказ № 417): <ol style="list-style-type: none"> 1) рН метр закрытой системы, без выхода CO2 (для определения уровня рН); 2) автоматический или полуавтоматический коагулометр (для определения уровня активности VIII фактора и фибриногена • Несовершенство информационной программы АИС «Info DONOR», и комплексной медицинской информационной системы (КМИС)
Финансы	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточное финансирование на обеспечение компонентами медицинских организации по ГОБМП • Низкая стоимость на лабораторные исследования утвержденная МЗРК. • Низкая платежеспособность населения за дорогостоящие услуги
	Возможности:	Угрозы:
Клиенты	<ul style="list-style-type: none"> • Финансовое стимулирование доноров • Увеличение количества потребителей услуг. 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточное финансирование доноров • Недостаточно доноров с редкими группами крови
Обучение и развитие персонала	<ul style="list-style-type: none"> • Организация выплат подъемных денежных средств молодым специалистам. • Оплата молодым специалистам выше установленных НПА. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отток кадров в частные клиники .
Процессы	<ul style="list-style-type: none"> • R - облучение компонентов крови для пациентов с измененным иммунным статусом. • Внедрение новых технологий - производство стволовых клеток 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточное материально-техническое оснащение • Недостаточность финансирования для

	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение аккредитации лабораторий на соответствие требованиями СТ РК ISO 15189-2015. • Интеграция информационной программы АИС «Info DONOR» в ГИС. • Увеличение производства компонентов крови. 	<p>обеспечения проведения аккредитации</p> <ul style="list-style-type: none"> • Остановка производственного процесса по причине несвоевременного планового технического обслуживания оборудования. • Зависимость от импорта и риск изменения цены на ИМН.
Финансы	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение количества и видов медицинских услуг, в качестве соисполнителя в рамках ГОБМП и платных услуг. 	<ul style="list-style-type: none"> • Образования дебиторской задолженности медицинскими организациями в связи с финансовой нагрузкой из-за недостаточности объемов ГОБМП; • Нестабильность поступления расходного материала по причине импорт зависимости оборудования и ИМН • Увеличение стоимости ИМН из-за колебаний национальной валюты.

2017 год в цифрах

- Всего доноров крови – 7908
- Всего донаций крови и ее компонентов -11631
- Брак донаций составил 3% (при допустимом значении – 7%).
- Списание продукции по истечению срока годности 4,3% (при допустимом значении 10%).
- Проведение в полном объеме исследований образцов донорской крови (иммуногематологические и на трансфузионные инфекции).
- Участие во внешней оценке качества лабораторных исследований (ВОК).
- Наличие квалифицированных кадров.
- Наличие системы менеджмента качества.
- Функционирование информационной программы АИС«Info DONOR».
- Комплексная проверка МЗ РК дефектов не выявлено, аккредитация на соответствие Национальным стандартам с присвоением первой категории.
- За 2017 год поступление финансовых средств составило 960 335 тыс. тенге, прибыль 19 931 тыс. тг.

Таблица 2 - Матрица возможностей

Вероятность использования возможностей	Влияние возможностей		
	Сильное (С)	Умеренное (У)	Малое (М)
Высокая (В)	<ul style="list-style-type: none"> • Организация выплат подъемных денежных средств молодым специалистам. • Увеличение производства компонентов крови 	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение количества потребителей услуг • Внедрение новых технологий - производство стволовых клеток 	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение количества и видов медицинских услуг, в качестве соисполнителя в рамках ГОБМП и платных услуг
Средняя (С)	<ul style="list-style-type: none"> • Обмен опытом со специалистами НПЦТ г.Астана и других центров крови РК 	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение аккредитации лабораторий на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Внедрение новых методов финансового, управленческого менеджмента
Низкая (Н)	<ul style="list-style-type: none"> • Интеграция информационной программы АИС«Info DONOR» в ГИС 	<ul style="list-style-type: none"> • Финансовое стимулирование доноров • R - облучение компонентов крови для пациентов с измененным иммунным статусом. 	<ul style="list-style-type: none"> • Оплата молодым специалистам выше установленных НПА

Таблица 2 - Матрица угроз

Вероятность реализации угроз	Влияние угроз		
	Критическое (К)	Тяжелое (Т)	Легкое (Л)
Высокая (В)	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточно доноров с редкими группами крови 	<ul style="list-style-type: none"> • Неправильное планирование медицинскими организациями потребностей в компонентах крови • Остановка производственного процесса по причине несвоевременного планового технического обслуживания оборудования 	
Средняя (С)	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточное финансирование на обеспечение компонентами 	<ul style="list-style-type: none"> • Нестабильность поступления расходного материала по причине импорт зависимости 	<ul style="list-style-type: none"> • Отток кадров в частные клиники

	медицинских организации по ГОБМП • Образования дебиторской задолженности медицинскими организациями в связи с финансовой нагрузкой из-за недостаточности объемов ГОБМП	оборудования и ИМН • Недостаточное материально-техническое оснащение • Недостаточность финансирования для обеспечения проведения аккредитации	
Низкая (Н)		• Увеличение стоимости ИМН из-за колебаний национальной валюты • Неоплата за предоставленный товар	• Недостаточно высокий уровень категорированности врачей (41,0%) и среднего медицинского персонала (68%)

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 - 6)

Стратегическое направление 2: Предоставление медицинских услуг

Цель 2.1: Расширение количества потребителей и видов услуг (индикаторов – 3)

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

Цель 3.1: Обеспечение квалифицированными кадрами (индикаторов - 6)

Стратегическое направление 4: Обеспечение технологического процесса производства компонентов крови в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов

Цель 4.1: Обеспечение потребности медицинских организаций области в крови и её компонентами (индикаторов - 6)

Цель 4.2: Обеспечение безопасности компонентов крови (индикаторов - 3, результатов - 3)

Цель 4.3: Совершенствование системы управления качеством выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг (индикаторов - 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» №346-ө от 15.05.2017 г. утвержден состав наблюдательного совета в следующем составе:

Кульдибаева А.Б. - директор КГКП «Областной детский психоневрологический диспансер», председатель Наблюдательного совета;

Члены наблюдательного совета:

1.Амиркулова С.А. - руководитель отдела по развитию и координации стационарной помощи ГУ «Управление здравоохранения Карагандинской области»;

2.Тапин С.К. - директор КГУ «База специального медицинского снабжения»;

3.Туленов Е.Е.- заместитель директора КГП «Областной центр медицинской помощи ветеранам войны»;

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

Доля независимых членов в наблюдательном Совете из числа общественности составляет 0 %. В 2017 году было проведено заседаний – 4 (2016г. -5, 2015г. -5).

На заседаниях в течение 2017 год были рассмотрены и решены 7 вопросов:

1. Отчет по финансово-хозяйственной деятельности ОЦК за 2016 год.

2. Об установлении доплаты административно - управленческому аппарату КГП «Областной центр крови» за счет внебюджетных средств в соответствии со ст. 149 Закона «О государственном имуществе» от 01.03.2011г. №413-IV «Полномочия наблюдательного совета государственного предприятия на праве хозяйственного ведения».

3. Освоение финансовых средств за первый квартал 2017 года.

4. Отчет по проведению закупа ИМН.

5. Выплата вознаграждения работникам за счет экономии фонда заработной платы ко Дню медицинского работника.

6. Рассмотрение проекта коллективного договора КГП «Областной центр крови» на 2017-2019 годы.

7. Рассмотрение плана развития предприятия на 2018 год.

8. Выплата вознаграждения сотрудникам предприятия:

- ко Дню независимости Республики Казахстан – от доходов с платных услуг в размере 30% от окладов, утвержденных в «Положении об оплате труда» КГП «Областной центр крови».

- по результатам деятельности предприятия за период 2017 года – из экономии фонда заработной платы в размере 70% от окладов, утвержденных в «Положении об оплате труда» КГП «Областной центр крови».

2.2. Состав и деятельность Службы поддержки доноров и внутреннего контроля

Служба поддержки доноров и внутреннего контроля (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 доноров и внутреннего контроля.

Председатель: Сабилова Л.Е. - заместитель директора

Заместитель председателя: Чернышова О.Г. – заведующая отделением комплектования доноров

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

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

Хамитова К.А. – заведующая отделением тестирования крови

Пужеева Е.П. – заведующая лабораторией диагностики инфекций

Лукиянченко Н.Г. – и.о. заведующей отделением заготовки крови

Денисенко Т.Н. – врач - лаборант отдела контроля качества

Никифорова И.А. – врач – методист

Направления работы Службы:

- Решение проблем (жалоб, рекламаций) доноров крови и её компонентов, населения и медицинских организаций. В 2015 году – 1 жалоба от донора - удовлетворена, в полном объёме, в 2016 и в 2017 году жалоб не было.

- Предупреждение, ограничение, снижение будущих рисков и потерь возникших вследствие наступления их последствий, мониторинг рисков. За 2015-2017гг были зафиксированы риски: отключение электроэнергии – 12; механическое нарушение целостности гемоконтейнера с плазмой – 14; сбой в работе ПЦР Cobas s201 - 51; допуск к донации донора несоответствующего критериям отбора – 1; По всем случаям наступления рисков проведены соответствующие корректирующие мероприятия, отрицательных последствий для ОЦК, медицинских организаций и реципиентов не было.

- Организация безопасных условий для всех доноров, посетителей, сотрудников с изучением степени удовлетворенности уровнем и качеством медицинских услуг предоставляемых ОЦК, посредством проведения их анкетирования. За 2015 год проанкетировано 250 доноров и 76 сотрудников, за 2016 год 200 доноров и 83 сотрудника, за 2017 год 160 доноров и 76 сотрудников, по итогам анкетирования проблемных вопросов не выявлено.

- Проведение внутреннего аудита на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения, отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке. В 2015 год проведено 13 аудитов внутренних подразделений ОЦК, в 2016 году - 15, в 2017 году – 15. Аудит карт доноров: 2015 год – 1689 карт, 2016 год – 3846 карт, 2017 год – 2864. Результаты аудитов были представлены директору ОЦК а также рассмотрены на заседаниях Службы и медицинских советах ОЦК 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 ОЦК, 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», в холлах ОЦК размещены 3 постера с информацией о горячей линии УЗКО, функционирует официальный сайт КГП «ОЦК» с рубрикой «вопрос-ответ», в холле второго этажа расположен информационный стенд о Службе, на первом этаже возле регистратуры расположен ящик для сбора жалоб и предложений, в каждом подразделении имеются бланки для подачи жалоб, проводится постоянный мониторинг.

- Соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В 2015-2017 годах объем 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 СОПов, результаты опроса используются для планирования обучающих занятий. Графики и сроки проведения метрологической поверки оборудования в 2015-2017 годах соблюдались полностью, всё оборудование, подлежащее метрологической поверке, имеет соответствующие сертификаты.

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*

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

Целевые индикаторы

№ п/п	Наименование	Ед. измерения	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Факт за 2015 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Амортизационный коэффициент	%	не более 44,2	44,1	36,1	27,8	Достиг
2	Оборачиваемость активов	%	41,6	42,5	23,3	22	Достиг
3	Рентабельность эффективная деятельность	%	0	2,0	0	0	Достиг
4	Рентабельность активов (ROA)	%	0	0,8	0	0	Достиг
5	Доля доходов от платных услуг	%	не менее 5,5	5,5	8,9	8,8	Достиг
6	Отсутствие кредиторской задолженности	%	отсутствие	отсутствие	отсутствие	отсутствие	Достиг

Стратегическое направление 2: Предоставление медицинских услуг

Цель 2.1: Расширение количества потребителей и видов услуг

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

Целевые индикаторы

№ п/п	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Факт за 2015 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Количество потребителей компонентов крови	Кол-во	43	43	43	42	Достиг
2	Количество юридических лиц для оказания прочих медицинских платных услуг.	Кол-во	35	35	34	32	Достиг
3	Количество физических лиц для оказания прочих медицинских услуг	Кол-во	1 990	1 997	1641	1 342	Достиг

Обучение и развитие персонала

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

Цель 3.1: Обеспечение квалифицированными кадрами

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов достигнуты - 5 индикаторов, не достигнуты - 2.

Целевые индикаторы

№ п/п	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Факт за 2015 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	7
1	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации,	%	100	100	100	100	Достиг

	переподготовку за счет средств организации						
2	Категорированность врачей	%	40	41	24	42	Достиг
3	Категорированность средних медицинских работников	%	80	68	57	55	Не достиг
4	Уровень удовлетворенности производственного персонала	%	80	80	75	0	Достиг
5	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	100	90	100	90	Достиг
6	Текучесть производственного персонала	%	15	20	25	20	Не достиг

Причины не достижения:

-целевой индикатор №3 «Категорированность средних медицинских работников» в связи с оттоком кадров (2 сотрудника) и недостаточной подготовкой (3 сотрудника).

-целевой индикатор №№5,6 «Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)», «Текучесть производственного персонала» индикатор не достигнут в связи с закрытием отдела выдачи продукции (экспедиция) в г.Жезказган (5 человек), а также в связи с достижением сотрудников пенсионного возраста (4 человека).

Стратегическое направление 4: Обеспечение технологического процесса производства компонентов крови в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов.

Цель 4.1: Обеспечение потребности медицинских организаций области в крови и её компонентами.

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

Целевые индикаторы

№ п/п	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Факт за 2015 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6		7
1	Доля обследованных регулярных доноров	%	100	100	100	100	Достиг
2	Доля безвозмездных донаций	%	99	99,8	99	99	Достиг
3	Доля платных донаций	%	1	0,2	1	1	Достиг
4	Доля забракованной крови от всей	%	8	2,6	7,3	8,3	Достиг

	заготовленной консервированной крови						
5	Доли форменных элементов крови, списанных по истечению срока годности.	%	9	4,3	9,5	7,5	Достиг
6	Уровень раскарантинизации СЗП	%	60	67,4	64,2	74,6	Достиг

Цель 4.2: Обеспечение безопасности компонентов крови

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

Целевые индикаторы

№ п/п	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Факт за 2015 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6		7
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 тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	%	100	100	100	75	Достиг
3	Уровень проведения иммуногематологических исследований образцов донорской крови - скрининг а/э антител	%	100	100	100	83	Достиг

Цель 4.3: Совершенствование системы управления качеством выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг.

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 2 индикаторов достигнут 1 индикаторов, не достигнут – 1.

Целевые индикаторы

№ п/п	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2017 год	Факт за 2017 год	Факт за 2016 год	Факт за 2015 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6		7
1	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	97,5	99,2	92,5	81,2	Достиг
2	Уровень проведения технического обслуживания медицинского оборудования и информационных систем	%	100	100	100	100	Достиг
3	Уровень удовлетворенности медицинских организаций качеством выпускаемых компонентов крови и оказываемых услуг	%	100	100	100	99,99	Достиг
4	Наличие аккредитации предприятия	Да/нет	да	да	нет	нет	Достиг

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

Медико-экономические показатели организации за последние 3 года

№	Наименование	Факт за 2015 год	Факт за 2016 год	Факт 2017 год
1	Уровень удовлетворенности пациентов	0,99	100	100
2	Уровень удовлетворенности персонала	0	75	80
3	Уровень проведения тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	75	100	100
4	Уровень лейкофилтрации эритроцитов	59	33	90
5	Уровень лейкофилтрации плазмы	14	19	41
6	Уровень вирусинактивации тромбоцитов	2	0	92,9

7	Уровень вирусинактивации	0,38	0	4
8	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	81,2	92,5	99,2
9	Доходы за отчетный период составляют	626 564,6 тыс.тенге	615 655,5 тыс.тенге	1 029 813,0 тыс.тенге
10	Расходы всего за отчетный период составляют	685 563,4 тыс.тенге	698 734,0 тыс.тенге	1 009 881,7 тыс.тенге
11	Доходы от платных медицинских услуг	43 942,3 тыс.тенге	48 748,1 тыс.тенге	50 304,1 тыс.тенге
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 2017 году было запланировано получение доходов в сумме 909 604,0 тыс. тенге, фактически было 910 013,4 тыс. тенге, остаток на 01.01.2018 г. составил 17 555,2 тыс. тенге. Всего доходы составили 1 029 813,0 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.

Внутренний и внешний финансовый контроль. В целях обеспечения и соблюдения законодательства о финансовых расходах предприятия, недопущения нецелевого использования бюджетных средств издан приказ о создании комиссии по внутреннему финансовому аудиту. Разработано "Положение о внутреннем финансовом аудите". ПО каждому проведенному финансовому аудиту составляется протокол.

4.2 Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

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

Доходы по ГОБМП за 2017 год составили 859 709,3 тыс. тенге, в том числе: заготовка крови, её компонентов и препаратов 857 897,3 тыс. тенге, клиничко-диагностические услуги 462,0 тыс. тенге.

В сравнении с 2016 годом доходы по ГОБМП увеличились на 360 346,4 тыс. тенге.

За 2017 год в результате проведенной работы по платным услугам за отчетный период наблюдается **увеличение доходов** от платных услуг. Так, за 2017 год фактические доходы от платных медицинских услуг в сумме составили 50 304,1 тыс. тенге, (в 2016 году – 48 748,1 тыс. тенге) (103%) при плане – 50 100,0 тыс. тенге.

Совокупный доход составил 1 029 813,0 тыс. тенге.

Фактический расход составил 1 009 881,7 тыс. тенге.

По результатам работы за 2017 год получена прибыль в сумме 19 931,3 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 «Facebook», «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 138 631,6 тыс. тенге и составил 2 052 494,0 тыс. тенге. Уменьшение связано с передачей основных средств по остаточной стоимости на сумму 12 682,6 тыс. тенге и износа основного средств входящих в резерв на сумму 145 880,3 тыс. тенге и увеличение составило 19 931,3 тыс. тенге за счет полученной прибыли.

4.4. Отчет о движении денежных средств.

Остаток денежных средств на 01.01.2017 г. составляло 4 062,0 тыс. тенге. За отчетный период поступили денежные средства на сумму 906 335,0 тыс. тенге, выбытие составило 892 841,8 тыс. тенге. Остаток денежных средств на 31.12.2017 г. составляет 17 555,2 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	2016г.	2017г.	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	549 761,0	910 013,4	+ 360 252,4
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 935 222,4	2 879 562,6	- 55 659,8
3. Фондоотдача (тенге) (1:2)	0,19	0,32	- 0,13

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	2016г.	2017г.	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	549 761,0	910 013,4	+ 360 252,4
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 935 222,4	2 879 562,6	- 55 659,8
3. Фондоёмкость (тенге) (2:1)	5,34	3,16	- 2,18

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

Показатели	2016г.	2017г.	Изменения за год
1. Среднесписочная численность работников	139	132	-7
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 935 222,4	2 879 562,6	- 55 659,8
3. Фондовооруженность (тенге) (1:2)	14 375	13 062	- 1 313

Вместе с тем, порогового значения достигли финансовые индикаторы:

- «Амортизационный коэффициент» (при плане 44,2 %, факт – 44,1%).
- «Рентабельность активов» (план – 0,0 %, факт – 0,8 %). Достижение связано с получением чистой прибыли в 2017 году на сумму 18 088,2 тыс. тенге.

4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

За отчетный год доходы от платных медицинских услуг составили 50 304,1 тыс. тенге (план 50 100 тыс.тенге.). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 3,2 % в сравнении с прошлым годом и на 0,4 % в сравнении с планом.

Доходы от лабораторных исследований составили 24 649,2 тыс.тенге, что на 5 404,8 тыс.тенге (28%) больше 2016 года. Проведены лечебные процедуры на сумму 921,3 тыс.тенге, что на 294,8 тыс.тенге (47 %) больше, чем 2016 году. Доходы от стажировки медицинских работников на рабочем месте составили 1 601,1 тыс.тенге, что на 58,7 тыс.тенге (3,8%) больше чем 2016 году.

РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

5.1 Привлечение пациентов (доноров)

За 2017 год было 11631 донаций от 7 908 доноров, отмечается снижение общего числа донаций в сравнении с 2016 годом (13287) на 1656 донаций, в связи с уменьшением объема государственного заказа.

Количество доноров в 2017 году - 7 908 (2016 год - 8890), в том числе первичных 2363 (2016 год - 3154), наблюдается снижение количества доноров на 982, в том числе первичных 3154 на 791 (35%).

Регулярных доноров в 2017 году было 221 (3%), в сравнении с 2016 годом количество регулярных доноров осталось на прежнем уровне.

Отмечается тенденция увеличения числа безвозмездных донаций 99,8% в 2017 году, за 2016 год - 97%, и снижения количества платных донаций 0,2% в 2017 году, за 2016 год - 1%.

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

Работа с жалобами.

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 2016 и 2017 гг. 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 37 потребителей:

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%. Жалоб и рекламаций на качество работы ОЦК и предоставляемую продукцию за период 2016-2017 гг. не поступало. За 2017 год в ОЦК поступило 29 обращений справочного характера, в 2016 году – 85, все обращения удовлетворены. Удовлетворены отношением персонала крови (доброжелательность, вежливость) во время получения продукции - 100%.

Для улучшения качества оказываемых услуг ОЦК ежеквартально проводит анкетирование доноров, по результатам проведенного анкетирования за период 2016-2017 гг. отмечается 100% удовлетворенность доноров крови и её компонентов качеством услуг ОЦК.

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

5.4. Безопасность пациентов

В 2017 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 от 7 октября 1998 года, 21 мая 2007 года, 2 февраля 2011 года. (Раздел II. Человек и Гражданин, ст. 12,13,16,17,18.), Кодекса Республики Казахстан № 193 – IV от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения», Приказа и. о. МЗ РК от 10 ноября 2009 года № 680 «Об утверждении Правил медицинского обследования донора перед дачей (донацией) крови и ее компонентов» с изменениями и дополнениями, внесенными приказом МЗСР РК от 29.05.2015г. № 417. Информация для доноров об их правах размещена на стендах у регистратуры, на столах, где заполняется анкеты донорами, в холле 2,3 этажей. Имеются буклеты по правам донора.

Разработан порядок подачи обращения, который размещен на информационном стенде.

Сотрудники осведомлены о правах доноров и правилах их соблюдения. Имеются листы ознакомления. Обеспечивается конфиденциальность информации о доноре согласно разработанному тактическому руководству «Управление конфиденциальной информацией» и СОПу «Порядок работы с 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 тактического руководства и СОПа 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 12 Стандартных операционных процедур (СОПов) для врачей среднего и младшего медицинского персонала согласно национальным и международным стандартам по процедурам обследования донора, донорской крови, заготовки и переработки продукции крови и т.д., всего в ОЦК принято и используется 176 СОПов и 19 тактических руководств по работе с донорами, донорской кровью и компонентами крови и т.д.;

Внедрены 44 индикатора качества.

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

1. Функционирует автоматизированная информационная система «Info DONOR», 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.

За 2017 год на базе УЗ КО проведены 2 селекторных совещаний (5 мая 2017г., 24 мая 2017 года), где рассмотрены вопросы организации трансфузионной помощи в медицинских организациях.

В июне 2017 года проведена комплексная проверка Министерства здравоохранения Республики Казахстан на предмет выполнения требований законодательства в части клинического применения донорской крови, лабораторного тестирования реципиентов крови и ее компонентов. По результатам оценки деятельности ОЦК по направлениям – «Управление организацией производства продуктов крови», «Заготовка крови и ее компонентов, в том числе с использованием аппаратных методов», «Получение компонентов крови, их процессинг и хранение», «Реализация продуктов крови» дефектов не выявлено.

С целью повышения качества медицинских услуг в ноябре 2017 года областной центр крови прошел аккредитацию на соответствие Национальным стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови. По результатам аккредитации Центру крови присвоена первая категория.

5.5. Управление рисками

ОЦК проводит работу по совершенствованию процесса профилактики и устранения последствий рисков. Имеется план управления рисками ОЦК, включающий в себе политику и факторы управления рисками. План разработан с учетом информации полученной из стратегического и комплексного планов, анализе клинических показателей и отрицательных событий. План управления рисками имеется в каждом подразделении ОЦК, согласно плану проводятся регулярные мероприятия и оценка знаний сотрудников. Проведение мониторинга плана управления рисками закреплено за Службой поддержки доноров и внутреннего контроля. Мониторинг исполнения мероприятий и наличия отрицательных событий проводится ежеквартально, 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 непринятия мер по управлению рисками	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Фактическое исполнение мероприятий по управлению рисками	Причины неисполнения
1	2	3	4	5	6
1. Внешние риски:					
Образование дебиторской задолженности медицинскими организациями в связи с финансовой нагрузкой из-за недостаточности объемов ГОБМП	Эффективность использования активов и отсутствие кредиторской задолженности. Увеличение доходов предприятия. Расширение количества потребителей и видов услуг	Невыполнение обязательств перед поставщиками товаров и услуг. Не развитие платных услуг	Контроль за исполнениями договорных обязательств. Анализ своевременной оплаты за товары и услуги.	Проводится контроль за исполнением договорных обязательств, оплаты за товары и услуги.	
Нестабильность поступления расходного материала по причине импорт зависимости оборудования и ИМН	Обеспечение потребности медицинских организаций области кровью и её компонентами. Обеспечение безопасности компонентов крови	Не обеспечение заявок на компоненты крови. Медицинские организации области. Выдача компонентов несоответствующ их НПА. Остановка производственног	Контроль за исполнениями договорных обязательств с поставщиками ИМН. Контроль за наличием запасов ИМН.	Своевременное исполнение договорных обязательств: соблюдение графика поставки-оплата. Поддерживается неснижаемый запас расходного материала на складе.	

		о процесса.			
Увеличение стоимости ИМН из-за колебаний национальной валюты.	Обеспечение безопасности компонентов крови	Отсутствие запасов ИМН.	Контроль по исполнению условия договорных обязательств с поставщиками ИМН	Проводится контроль по соблюдению условий договорных обязательств.	
Недостаточность доноров с редкими группами крови	Обеспечение медицинских организаций области кровью и её компонентами	Несвоевременное выполнение или не выполнение заявок медицинских организаций;	Вызов доноров для донации на платной основе в 2017г. уровень платных донаций составил 0,2% - (25д. из 11631д.), в 2016 г. этот показатель составлял - 1% (85д. от 13287д., показатель снизился на 0,8%	Проведение мероприятий по развитию донорского движения. На постоянной основе пополняется регистр потенциальных доноров с редкими группами крови за 2017г. дополнительно определены группы крови и RH фактор у 845лиц, из них у 100ч. RH(-), они включены в регистр доноров с редкими группами крови; Доноры приглашаются для сдачи крови или повторного обследования на трансфузионные инфекции посредством телефонных звонков или СМС оповещения;	
2. Внутренние риски:					
Несвоевременное плановое техническое обслуживание оборудования	Обеспечение безопасности компонентов крови	Неисправность оборудования; Остановка производственного процесса; Невыполнение заявок медицинских организаций; Нарушение	Выявить неисправности Оповестить руководство и инженерную службу Действовать согласно СОП: «Порядок действий сотрудников при сбое какого-либо сервиса», «Порядок вывода оборудования из эксплуатации»;	Заключаются и исполняются договора по обслуживанию; Исполняются мероприятия согласно графиков технического обслуживания и метрологической поверки оборудования; Проводится обучение персонала, соблюдение и контроль исполнения правил эксплуатации и техники безопасности при работе с	

		режима хранения компонентов крови, реагентов или образцов крови; Финансовые потери	Провести ремонт оборудования; Провести мероприятия согласно СОП «Порядок ввода оборудования в эксплуатацию»	оборудованием; Исполняются мероприятия согласно тактического руководства: «Управление техническими средствами», «Управление оборудованием критической важности»	
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; Выполняются мероприятия по управлению противопожарной безопасностью	Персонал обучается правилам противопожарной техники безопасности и действий при пожаре; Обеспечены запасные пути эвакуации из здания; Здание и крыша ОЦК полностью состоит из монолитного бетона (огнестойкий материал). Имеются внутренние и внешние эвакуационные лестницы Двери щитовых обшиты огнеупорным материалом и жстью изнутри.ОЦК обеспечен средствами пожаротушения: 59 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 Сигнал 2000. Заключен договор на ежегодное обслуживание автоматической пожарной	

				<p>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"> 1) систематическую сортировку и маркировку; 2) запираение 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; <p>Исполняются мероприятия по тактическому руководству «Управление противопожарной безопасностью»;</p>
--	--	--	--	--

За 2017 год получено 20 отчетов об инцидентах (связанные с процедурами обследования доноров (1), с хозяйственными вопросами (2), с оборудованием и расходными материалами (17) все случаи разобраны, проведены корректирующие мероприятия.

Проведена работа по экспертизе карт доноров на соответствие требованиям: ежеквартальный и итоговый годовой мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг своевременности предоставления экстренных извещений в контролирующие и территориальные организации.

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 25 сотрудников Организации, что составляет 20% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 7, СМР – 9, АУП – 3, прочие – 6 человек. А также 12 сотрудников участвовали в конференциях и семинарах республиканского и областного уровня.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличивается доля персонала, прошедшего обучение/переподготовку. С целью определения удовлетворенности персонала, ежегодно Служба управления персоналом проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем. Текучесть кадров за отчетный год составляет 20% при плане «не более» 15%, из них уровень текучести врачей – 3,8%, СМР – 5,4%, ММП – 2,2%, прочие – 9,2%.

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

Положение об оплате труда с дифференцированной системой оплаты труда было внедрено на предприятии в 2013 году.

В 2017 году было выплачено в форме дополнительного материального поощрения (стимулирования):

КВФ увеличение - 2 646,2 тыс. тенге, что на 1 994,1 тыс.тенге больше чем в 2016 году ;

Премия -10 146,8 тыс.тенге, что на 8 369,8 тыс.тенге больше чем 2016 году.

КВФ уменьшения и штрафные санкции составили в 2017 году 477,5 тыс.тенге, что на 50,5 тыс.тенге ниже чем 2016 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.

За отчетный период проведены 4 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Наурыз мейрамы», «Дня медицинского работника», «Дня независимости».

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 работников на соответствующий год.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 27, из них АУП – 1, врачи – 5, СМР – 7, ММП – 3, прочие - 12. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 13, из них по причинам увольнения: 4 сотрудника – выход на пенсию, 5 – сокращение штата, 3 – переезд в другой город, 1 – призыв в армию.

6.4 Управление рисками

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За отчетный период проведена работа по:

- обучению руководящего состава в области безопасности и охраны труда (обучено 3 сотрудника);
- обучению работников и лиц, ответственных за пожарную безопасность в области пожарно-технического минимума (обучено 3 сотрудника)
- проверке знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда (экзаменировано 76 сотрудников);
- проведению вводного инструктажа с вновь принятыми на работу (проведено 26 сотрудникам);
- проведению аттестации электротехнического персонала по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок (аттестовано 4 сотрудника);
- контролю за исправным состоянием средств пожаротушения 2 раза в год
- учению сотрудников по применению первичных средств пожаротушения
- командно-штабные учения, тактико-специальные учения и тренировкам по аварийным ситуациям: «Как действовать при обнаружении пожара, оповещения, ликвидация» (участвовало 108 человек в том числе доноры (69 персонал и 39 доноров) без привлечения сторонних служб)
- Проведение ежемесячных семинаров (в месяц по одному отделению) на темы: «Обнаружение подозрительных предметов и действия радикальных структур на территории Республики Казахстан».

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний, включая несчастных случаев в 2017 году не было.

РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ

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

С целью повышения качества медицинских услуг в ноябре 2017 года областной центр крови прошел национальную аккредитацию на соответствие Национальным стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови.

По результатам аккредитации Центру крови присвоена первая категория.

В 2017 году предприятием использованы финансовые ресурсы на сумму 892 841,8 тыс.тенге, из них:

- в рамках исполнения ГОБМП - 859 709,3 тыс.тенге;
- из средств оказания платных услуг -38 267,5 тыс.тенге.

На повышение квалификации сотрудников предприятия и переподготовку врачей и средних медицинских работников были использованы средства на сумму 2 454,1 тыс.тенге, из них производственного персонала 1 181,6 тыс.тенге. Из производственного персонала повышение квалификации и переподготовку прошли 8 врачей и 9 средних медицинских работников, квалификационную категорию получили 4 врача и 6 медицинских работника. Врачи прошли обучение на семинаре по внедрению ОСМС в количестве 21 человек, 18 работников из прочего персонала прошли обучение и повышение квалификации.

Ежегодный медицинский осмотр прошли 115 работников, сумма расходов составила 220 тыс.тенге.

На развитие донорского движения в 2017 году было затрачено средства на сумму 71 тыс. тенге, на изготовление баннера и звуковой рекламы на улицах города.

Для обеспечения медицинских организаций редкими группами крови проводились акции по пополнению регистра потенциальных доноров с редкими группами крови, на данные акции затрачено средства на сумму 91 тыс.тенге.

Для повышения доли раскарантинизации плазмы, требуется возврат доноров на контрольное обследование, для этих целей производится оповещение доноров посредством СМС рассылок и звонков сумма расходов составила 406 тыс.тенге.

Для обеспечения безопасности компонентов крови проводится двух этапный скрининг образцов донорской крови методом ИХЛА и ПЦР на аппаратах закрытого типа, лейкофльтрация 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 - 186 537 тыс.тенге;
- лейкофльтрация - 125 840 тыс.тенге;
- вирусинактивация - 82 218 тыс.тенге;
- иммуногематологические, серологические, биохимические и гематологические исследования составили - 60 553 тыс.тенге.

Затраты в 2017 году для проведения контроля качества выпускаемой продукции составили 11 227 тыс.тенге.

Сервисное и техническое обслуживание в 2017 году прошли 10 медицинских оборудования на сумму 12 431,0 тыс.тенге и поверку 27 приборов и оборудования на сумму 323,7 тыс.тенге.

Расходы на Сопровождение программного обеспечения "Инфодонор" в 2017 году составили 5160,0 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 № 291-п от 28.12.2016 года действует формулярная комиссия. Заседания проводятся 2 раза в год (при необходимости возможно проведение внеочередных заседаний). Комиссия состоит из 7 человек. По итогам 2017 года проведено 3 заседания (в 2016г. - 4 заседания; 2015г. – 3 заседания).

Основная цель формулярной комиссии является разработка и постоянное обновление Формулярного перечня лекарственных средств. Формулярная комиссия ежегодно проводит оценку эффективности использования ЛС и ИМН (закуп, хранение, мониторинг лекарственных средств) и отражает в отчетах, включая годовой отчет.

Форма для составления лекарственного формуляра разрабатывается формулярной комиссией Управления Здравоохранения Карагандинской области. Лекарственный формуляр утверждается директором ОЦК и согласовывается с Управлением Здравоохранения Карагандинской области.

В КГП «Областной центр крови» в соответствии с приказом № 291-п от 28.12.2016 года действует комиссия по проведению входного контроля. Проводятся заседания 2 раз в год, а также при возникновении проблемных вопросов. По итогам 2017 года проведено 3 заседания (в 2016г. - 3 заседания; 2015г. – 2 заседания). Основной целью которой является предотвращение использования в производстве продукции материалов, не отвечающих требованиям нормативно – правовой, технической документации, договоров на поставку (и/или иным документам) и сокращению непроизводительных расходов. Входной контроль проводится согласно перечня, поступающих расходных материалов, продукции, ЛС и ИМН. Проводится входной контроль в соответствии с разработанным и утвержденным членами комиссии по входному контролю ОЦК Тактическим руководством «Порядок проведения входного контроля лекарственных средств и изделий медицинского назначения». В 2017г. комиссией по входному контролю было проведено 667 процедуры входного контроля, материалов используемых для производства продукции крови; в 2016г. – 415, в 2015г. – 403, несоответствий принимаемой продукции за данный период 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. В течение 2018 - 2022гг. предполагается внедрение новых технологий:

- по производству нового вида продукции - стволовые клетки;
- по R-облучению компонентов крови.

ПРИЛОЖЕНИЯ

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	План на 2017г	Факт 2017г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Рентабельность активов (РАО)	%	Отчет	Финансовый отдел	0	0,8	Достиг
2	Просроченная кредиторская задолженность	тенге	Отчет	Финансовый отдел	0	0	Достиг
3	Доходы от платных услуг	%	Отчет	Финансовый отдел	5,5	5,5	Достиг

Стратегическое направление 2: Предоставление медицинских услуг.

Цель 2.1: Расширение количества потребителей и видов услуг.

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2017г	Факт 2017г	Статус достижения
	Целевые индикаторы						
1	Количество потребителей компонентов крови	Кол-во	Договор	Финансовый отдел	43	43	Достиг
2	Количество юридических лиц для оказания прочих медицинских платных услуг.	Кол-во	Договор	Финансовый отдел	35	35	Достиг
3	Количество физических лиц для оказания прочих медицинских услуг	Кол-во	Договор	Финансовый отдел	1 990	1 997	Достиг

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 2017г	Факт 2017г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	Целевые индикаторы						
1	Доля независимых членов в наблюдательном совете из числа общественности	%	Приказ УЗКО	СУП	5	0	Не достиг
2	Наличие пакета типовых корпоративных документов (4)	да/нет		СУП	9	да	Достиг
3	Доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку за счет средств организации	%	Статистические данные	СУП	5	100	Не достиг
4	Категорированность врачей	%	Статистические данные	СУП	11	41	Не достиг
5	Категорированность средних медицинских работников	%	Статистические данные	СУП	90	68	Достиг
6	Уровень удовлетворенности производственного персонала	%	Статистические данные	СУП	80	80	Достиг
7	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	Статистические данные	СУП	100	90	Не достиг
8	Текучесть производственного персонала	%	Статистические данные	СУП	15	20	Не достиг

Стратегическое направление 4: Обеспечение технологического процесса производства компонентов крови в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов.

Цель 4.1: Обеспечение потребности медицинских организаций области в крови и её компонентами.

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2017г	Факт 2017г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
Целевые индикаторы							
1	Доля обследованных регулярных доноров	%	Карта донора АИС «Info DONOR»	ОКД	100	100	Достиг
2	Доля безвозмездных донаций	%	Карта донора АИС «Info DONOR»	ОКД	99	99,6	Достиг
3	Доля платных донаций	%	Карта донора АИС «Info DONOR»	ОКД	1	0,4	Достиг
4	Доля забракованной крови от всей заготовленной консервированной крови	%	Отчет АИС «Info DONOR»	ОВП с блоком КВ и ВХ КК	Не более 7 %	Не более 7 % (2,6)	Достиг
5	Доли форменных элементов крови, списанных по истечению срока годности.	%	Отчет	ОВП с блоком КВ и ВХ КК	Не более 10 %	(4,3)	Достиг
6	Уровень раскарantinизации СЗП	%	АИС «Info DONOR» Отчет	ОКД ОВП с блоком КВ и ВХ КК	60	67,4	Достиг

Цель 4.2: Обеспечение безопасности компонентов крови

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2017г	Факт 2017г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	
Целевые индикаторы							
1	Уровень проведения лабораторного обследования доноров (Нв, гр.кр, резус фактор, АЛаТ, общий белок, белковые фракции, общий анализ крови, бруцеллез)	%	Приказ	ОТК	100	100	Достиг
2	Уровень проведения тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	%	Приказ	ЛДИ	100	100	Достиг
3	Уровень проведения иммуногема-тологических исследований образцов донорской крови - скрининг а/э антител	%	Приказ	ОТК	100	100	Достиг

Цель 4.3: Совершенствование системы управления качеством выпускаемых компонентов крови и медицинских услуг.

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2017г	Факт 2017г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
Показатели результатов							
1	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	Отчет	ОКК	97,5	99,2	Достиг
2	Уровень проведения технического обслуживания медицинского оборудования и информационных систем	%	Отчет	ОКК	100	100	Достиг
3	Уровень удовлетворенности медицинских организаций качеством выпускаемых компонентов крови и оказываемых услуг	%	Отзыв	ОКК	100	100	Достиг