



**Годовой отчет  
КГП «Областной центр крови»  
за 2019 год  
по Стратегическому плану**





## СОДЕРЖАНИЕ

<b>РАЗДЕЛ 1.</b>	<b>О ПРЕДПРИЯТИИ</b>	
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)	19-20 стр.
<b>РАЗДЕЛ 2.</b>	<b>КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ (для организации с корпоративным управлением)</b>	
2.1.	Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета директоров	20-21 стр.
2.2.	Состав и деятельность Службы внутреннего аудита	21-22 стр.
<b>РАЗДЕЛ 3.</b>	<b>ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ</b>	
3.1.	Ключевые показатели деятельности (по плану развития)	22-26 стр.
3.2.	Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года)	26-27 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)	27 стр.
4.2.	Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе	27-28 стр.
4.3.	Отчет об изменениях в капитале	28 стр.
4.4.	Отчет о движении денежных средств	28 стр.
4.5.	Оценка эффективности использования основных средств	28-29 стр.
4.6.	Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода	29 стр.
<b>РАЗДЕЛ 5.</b>	<b>ПАЦИЕНТЫ</b>	
5.1.	Привлечение (прикрепление) пациентов	29 стр.
5.2.	Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.	30 стр.
5.3.	Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.	30 стр.
5.4.	Безопасность пациентов	30-31 стр.
5.5.	Управление рисками в работе с пациентами	31-36 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	<b>36 стр.</b>
6.2.	Внедрение дифференцированной оплаты труда, в том числе бонусной системы оплаты труда	<b>36 стр.</b>
6.3.	Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)	<b>36-37 стр.</b>
6.4.	Управление рисками в работе с персоналом	<b>37-38 стр.</b>
<b>РАЗДЕЛ 7.</b>	<b>ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	
7.1.	Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная и/или международная)	<b>37 стр.</b>
7.2.	Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)	<b>38-39 стр.</b>
7.3.	Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.	<b>39 стр.</b>
7.4.	Новые технологии, патенты, научные и клинические исследования.	<b>39-40 стр.</b>
<b>РАЗДЕЛ 8.</b>	<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	<b>40-44 стр.</b>

## 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

- ❖ 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 следующую медицинскую деятельность согласно:**

**1. Государственной лицензии от 18.04.2013 года № 000979:**

- 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
- Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению по специальностям:



-трансфузиология

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому или детскому населению по специальностям:

-консультативно-диагностическая помощь

-терапия

-первичная медико-санитарная помощь

-доврачебная

-медицинская реабилитология, восстановительная лечение-физиотерапия

### **1. Государственной лицензии от 15.03.2017 года № 17004582:**

- 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 124 человек, в том числе:

- врачи- 2019 - 20 (2018- год-25, 2017 год - 22);

- средние медицинские работники - 2019 - 35 (2018 год-37, 2017 год – 34);

- младший медицинский персонал- 2019 - 20 (2018 год-21, 2017 г. – 20);

- прочий не медицинский персонал - 2019 - 49 (2018 год-50, 2017 г. – 49).

В 2019 году было принято 2 специалиста с высшим медицинским образованием, уволено 7 врачей (в т.ч. по собственному желанию - 5, по достижению пенсионного возраста – 1, выезд за пределы РК - 1). Сотрудников достигших пенсионного возраста - 5 (в том числе врачи -1, прочий персонал - 4). Дефицит врачебных кадров 2 единицы (врач-лаборант), потребность 1 единица (врач-трансфузиолог).

Штатное расписание центра уменьшено с 195,25 (2018г.) до 139,5 (2019г.) на 55,75 единицы:

Наименование	2017 год	2018 год	2019 год
Врачи, всего	22	25	20
из них, 2 категории	2	3	3
из них, 1 категории	4	5	3
из них, высшей категории	3	3	4
из них, без категории	13	14	10
Категорированность врачей (%)	41	44	50
Укомплектованность штатов врачей (%)	100	100	100
Средний медицинский персонал	34	37	35
из них, 2 категории	6	7	5
из них, 1 категории	7	9	8
из них, высшей категории	10	13	13
из них, без категории	11	8	9
Категорированность СМП (%)	68	78	74
Укомплектованность штатов СМП (%)	100	100	100

Повышение квалификации проводится по плану - 100% от потребности. Категорированность врачей увеличилась с 44% до 50%, СМП уменьшилась с 78 до 74%.

Ведется планомерная работа по укреплению и обучению кадрового состава:

#### Финансирование обучения и аттестации

Наименование	2017 год		2018 год		2019 год	
	Количество сотрудников	Сумма (тенге)	Количество сотрудников	Сумма (тенге)	Количество сотрудников	Сумма (тенге)
Ежегодное прохождение повышения	8	861 360	9	1 150 422	11	918 330



квалификации, переподготовки врачей						
Ежегодное прохождение повышения квалификации средних медицинских работников	9	163 800	12	236 600	18	327 600
Прохождение аттестации врачей	4	76 574	3	44 700	1	16 900
Прохождение аттестации средних медицинских работников	6	79 824	9	146 449	7	102 900
<b>Итого</b>	<b>27</b>	<b>1 181 558</b>	<b>33</b>	<b>1 547 371</b>	<b>37</b>	<b>1 365 730</b>

В 2019 году курсы повышения квалификации и переподготовки прошли 11 врачей; курсы повышения квалификации средних медицинских работников 18. Получили квалификационную категорию 1 врач и 7 средних медицинских работников.

**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** - 85% на общую сумму 1 155 486 тыс. тенге состоит из:

- медицинского и технологического оборудования в количестве 662 единицы, на сумму 430 542 тыс. тенге;
- зданий, сооружений и прочих основных средств, на сумму 724 944 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 44 273 тыс.тенге, в том числе по годам:

Наименование	2017 год		2018 год		2019 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)	37	12 755	43	14 454	38	17 064

**За период 2017-2019 годы проведен закуп оборудования:**

<b>Наименование</b>	<b>2017г.</b>	<b>2018г.</b>	<b>2019г.</b>
Всего, в т.ч.	4 586,0	18 606,5	25 255,7
Центрифуга ELM1 CM-6MT	-	240	
Ламинарный шкаф	-	1 758,1	
Фотометр уровня гемоглобина в крови	-	-	
Устройство стерильного соединения "Compodock"	-	4 500	
Весы лабораторные	-	471,5	
МФУ и принтеры	-	636,9	
Сервер оборудование	-	-	25 255,7
Ноутбук	241,0	-	
Автотранспортное средство	4 345,0	11 000,0	

**Анализ финансово-хозяйственной деятельности за 2017-2019гг.**

С 2017 года общее финансирование предприятия выросло на 15,8 %, в том числе на 17,2 % увеличились средства в рамках ГОБМП, уменьшились платные услуги на 19,7 %.

<b>Виды финансирования</b>	<b>2017г.</b>	<b>2018г.</b>	<b>2019г.</b>	<b>Отклонения с 2017 года (-,+)</b>
Всего, в т.ч.	910 013,4	953 168,7	1 053 618,0	+143 604,6
госзаказ	859 709,3	904 389,9	1 013 223,7	+ 153 514,4
платные услуги	50 304,1	48 778,8	40 394,3	- 9 909,8

**Анализ финансирования в рамках ГОБМП за 2016-2018гг.**

<b>Программы ГОБМП</b>	<b>2017г.</b>	<b>2018г.</b>	<b>2019г.</b>	<b>Отклонения с 2017 года (-,+)</b>
Всего, в т.ч.	858 359,8	904 389,9	1 013 223,7	+ 157 863,9
Производство крови, её	857 897,8	895 794,1	1 005 207,9	+ 147 310,1

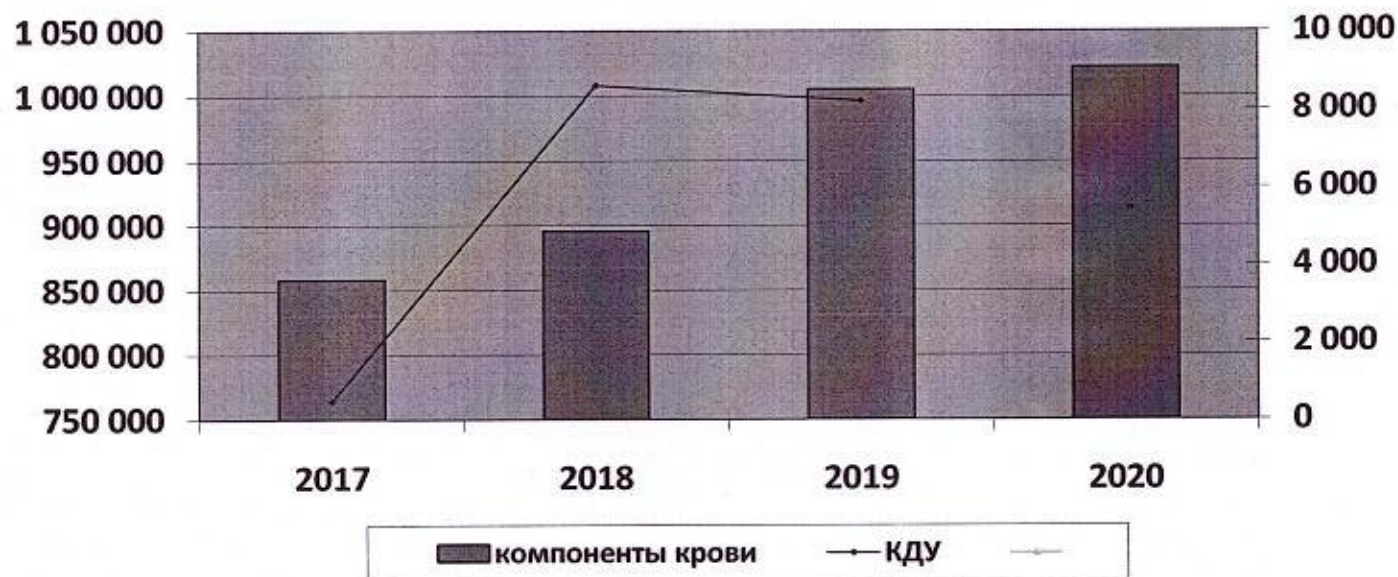


компонентов и препаратов				
Услуги КДУ	462,0	8 595,8	8 015,8	+ 7 553,8

Финансирование ГОБМП по программе "Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций здравоохранения" по сравнению с 2017 годом увеличилось на 17,2 %.

Услуги КДУ внедрены в 2017 году. Финансирование 2019 году по сравнению с 2017 годом увеличилось на 7 553,8 тыс.тенге.

Динамика финансирования ГОБМП (тыс.тенге)



Фонд заработной платы в 2019 году составил 207 056,9 тыс.тенге, что на 35 031,8 тыс.тенге больше чем в 2018 году. Из них 4 285,8 тыс.тенге направлены на стимулирующие выплаты, 22 152,4 тыс.тенге в качестве премии.

Фонд заработной платы в 2018 году составил 172 025,0 тыс.тенге, что на 14 125,2 тыс.тенге больше чем в 2017 году. Из них 3 944,6 тыс.тенге направлены на стимулирующие выплаты, 19 141,4 тыс.тенге в качестве премии.

В качестве стимулирующих выплат в 2017 году было выплачено 2646,11 тыс. тенге и премий на сумму 10 146,8 тыс.тенге.



### Анализ работы службы крови области за 2017-2019 годы

КГП "Областной центр крови" является единственной организацией в Карагандинской области, по производству компонентов крови и обеспечивает компонентами крови и диагностическими стандартами 42 медицинские организации.

В соответствии с приказом Управления здравоохранения Карагандинской области №47 от 17.01.2019 года проведен мониторинг медицинских организаций области на соблюдение требований по оказанию трансфузионной помощи. В 2019 году специалисты КГП «Областной центр крови» оказали практическую и методическую помощь 37 медицинским организациям (2017г-39, 2018г-39) и 45 амбулаторно-поликлиническим организациям (2017г-25, 2018г-29) 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 2019 год представлены 4 информации на селекторные совещания, для рассмотрения вопросов организации трансфузионной помощи в медицинских организациях и обеспечению компонентами крови, реагентами (2016г – 3, 2017г-2, 2018г-2).

В КГП "Областной центр крови" для врачей медицинских организаций области, занимающихся переливанием крови и ее компонентов, организовано проведение 1-о дневного цикла стажировки по теме: «**Порядок оказания трансфузионной помощи в медицинских организациях с освоением методики определения группы и резус принадлежности крови** с освоением методики определения группы и резус – принадлежности крови за 2019 год обучено - врачей 144 (2016г – 81, 2017г-87, 2018г-21).

Проведен семинар для медицинских работников производственной трансфузиологии:

1) «Совершенствование деятельности по обеспечению безопасности трансфузий в Республике Казахстан. Организационно-методическая роль центра крови при организации и оказании трансфузионной помощи населению в части клинического применения продуктов крови» с участием РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии Садвакасова Д. Г. – заведующей отделением иммуногематологических исследований крови

С целью повышения качества медицинских услуг проведена аккредитация лаборатории центра на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015 от 07.11.2018г. №18-11/10509 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетенции» и получен аттестат аккредитации № KZ.M.10.2227 от 18.06.2019 года.

За 2019 год по заявкам медицинских организаций было выдано количество 23134 дозы и 2,85 л препаратов крови (2017 г - 23 775 доз компонентов и 118,7 л препаратов крови, 2018г - 22360 доз компонентов и 2л препаратов крови соответственно).

Заготовка донорской крови осуществляется в центре крови и в выездных условиях. За 2019год было организовано 49 (11,2%) выездных донорских сессии и заготовлено 806,18 литра консервированной крови от 1329 доноров крови (2017 год - 609 доз и 312,4л соответственно, 2018 год - 995 доз и 605,165л соответственно). Заготовка крови в 99,9 % осуществлялась за счет безвозмездного донорства. За 2019 год для развития безвозмездного донорства проведено 1 телепередачи, опубликовано 2 статьи, распространено 500 буклетов, организована работа в социальных



сетях (Vk, mail.ru, OK.ru., Facebook, twitter, Instagram), для приглашения доноров используются телефонные звонки, sms-оповещения, автоматическая система обзвона, работает сайт.

#### Доноры и донации

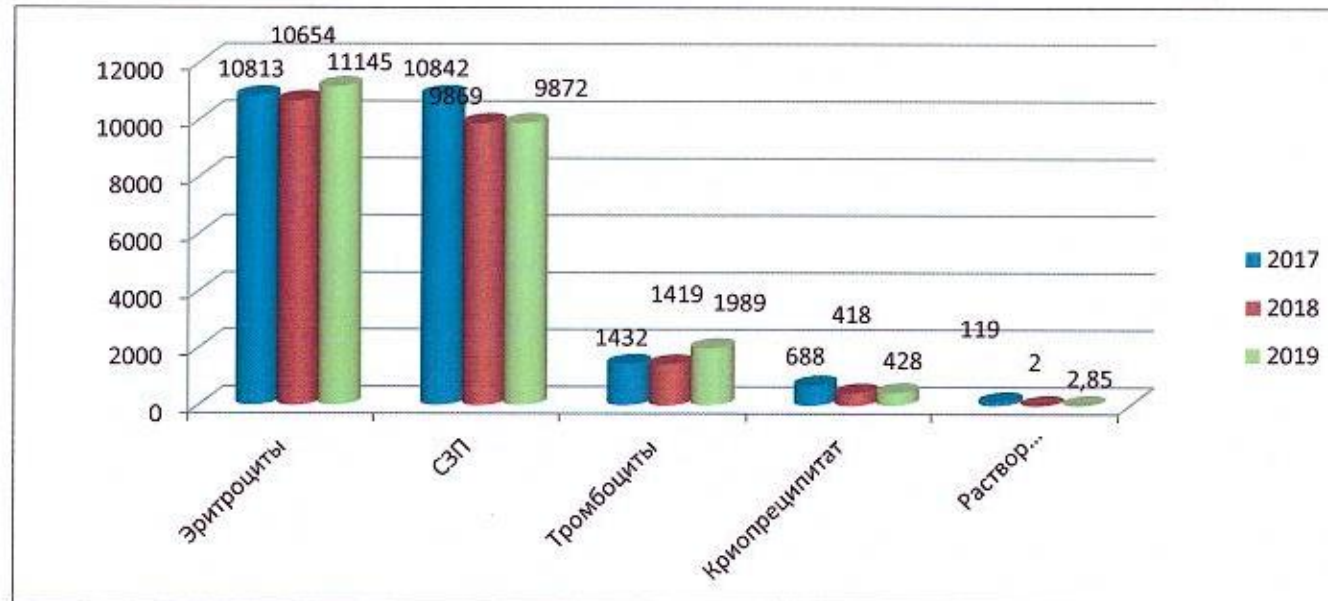
	Наименование	2017 год		2018 год		2019 год	
		Абс.	Сумма (тыс. тенге)	Абс.	Сумма (тыс. тенге)	Абс.	Сумма (тыс. тенге)
	Заготовлено консервированной крови (л)	7486,3		7264,3		8091,1	
	Заготовлено консервированной крови (д)	11631		11197		11842	
	Всего доноров	7908		7349		7510	
	Всего донаций, из них:	11631		11194		11842	
	• донаций крови	11469	7241	11006	6948	11505	6 913
	• донаций клеток	162	118	157	114	337	212,6
	• донаций плазмы	0	0	34	22	0	
	Безвозмездных донаций	11631	7 253	11197	7 084	11836	7 065,3
	Платных донаций	25	106	0	106	6	30,3
	Показатель донаций на 1000 населения	8		8,1		8,6	
	Показатель донаций на 1000 по РК	12		11,6		11,6	

Для обеспечения компонентами крови МО области за период 2017-2019гг. было выделено финансирование в рамках ГОБМП на общую сумму 2 758 900 тыс. тенге, в том числе по годам:

Наименование	2017г	2018г	2019г
Производство крови, её компонентов и препаратов для местных организаций (тыс.тенге)	857 897,8	895 794,1	1 005 208,1

Финансирование ГОБМП в 2016-2017 годах проводилось на заготовку консервированной крови в литрах, с 2018 года финансирование ГОБМП проводится на выдачу компонентов крови в дозах с применением дополнительных методов обеспечения безопасности компонентов крови.

**За период 2017-2019 гг. выдано в медицинские учреждения компонентов крови:**



**В 2019 году выдано в медицинские организации компонентов крови больше чем 2018 году, меньше чем 2017 году в том числе:**

№п/п		Ед.изм	2019 г	2018 г	2017
1	Эритроциты	доза	11145	10654	10813
2	СЗП	доза	9872	9869	10842
3	Тромбоциты	доза	1989	1419	1432
4	Криопреципитат	доза	428	418	688
5	Альбумин 10%	литр	2,85	2	118,7

Эритроцитов на 491 дозу (4,4 %) больше, чем в 2018г.

СЗП - на 3 дозы 0,03 (%) больше, чем в 2018г.

Тромбоцитов, на 570 доз (28,7%) больше, чем в 2018г.

Криопреципитата, на 10 доз (39,2%) больше, чем в 2018г.

Альбумин 10% на 0,85л (0,3%) больше, чем 2018 г.



	Эритроциты	90		99,8		99,9	
	Плазма	41		100		100	
<b>Карантинизация</b>	Свежезамороженная плазма	96	21370	95,6	23452		21 834
<b>Вирусинактивация</b>	Плазма	4	14916	4,4	39546	8,6	23 971
	Тромбоциты	92,9	61785	100	59821	100	105 051
<b>Итого</b>			242873		232503		296 077

**Динамика стоимости продукции крови,  
выданной в медицинские организации за 2016-2019гг**

№ п/п	Наименование компонентов крови	2017 год		2018 год		2019 год	
		доз	Сумма (тыс. тенге)	доз	Сумма (тыс. тенге)	доз	Сумма (тыс. тенге)
1.	Эритроцитсодержащие компоненты, из них:	10813	292 751	10 285	296 474	11 145	331 249
	- лейкофильтрованных	9746	278 463	10 285	296 474	11 145	331 249
2.	Свежезамороженная плазма всех видов, из них:	10842	420 123	9 499	418 194		
	- карантинизированная	5922	197 516	109	4 605	9 872	450 965
	- лейкофильтрованная, карантинизированная	4484	192 198	8 961	384 095	9 085	401 495
	- лейкофильтрованная, вирусинактивированная	436	30 409	377	26 294	721	47 315
	Плазма свежезамороженная аферезная вирусинактивированная (доз)	0		52	3 199	35	2 155
3.	Тромбоцитов всех видов, из них:	1432	168 622	1 466	178 651	1 989	245 155
	- лейкофильтрованных	102	6 713				
	- лейкофильтрованных, вирусинактивированных	1330	161 909	1 466	178 651	1 989	245 155
4.	Альбумин 10%	118,7	12 456	5	105	15	299

### 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	2017 год		2018 год		2019 год.	
	(%)	Сумма (тыс. тенге)	(%)	Сумма (тыс. тенге)	(%)	Сумма (тыс. тенге)
Доля скрининга образцов донорской крови методом ИФА (ИХЛА):						
-на автоматических системах закрытого типа	100	97 886	100	105 326	100	109 167,6
-на автоматических системах открытого типа	0		0		0	
Доля скрининга образцов донорской крови методом ПЦР на автоматических системах закрытого типа	100	88 769	100	76 876	100	83 182,2

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

4. Обеспечивается безопасность компонентов крови путем применения следующих методов:

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

### Показатели финансового обеспечения безопасности крови и ее компонентов

Метод обеспечения безопасности	Компоненты крови	2017 год		2018 год		2019 год	
		%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)
Лейкофилтрация	Тромбоциты	100	144802	100	109684	100	145 221



5.	Криопреципитат карантинизированный	688	32 498	400	18 894	428	20 639
	<b>Итого</b>	<b>23775</b>	<b>926 450</b>	<b>21 650</b>	<b>912 318</b>	<b>23 415</b>	<b>1 048 307</b>

За период 2017-2019 годы было выдано продукции на общую сумму 2 887 075 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	2017 год		2018 год		2019 год	
		%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)	%	Сумма (тыс. тенге)
1	Лабораторный контроль качества	98,4	9 771	100	11 337	100	8 356
2	Бактериологический контроль	100	698	100	333	100	336
	<b>Итого</b>		<b>10 469</b>		<b>11 670</b>		<b>8 692</b>

Уровень лабораторного исследования качества продуктов крови за отчетный период возрос с 98,4% до 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	2017 год	2018 год	2019 год
Медицинские организации (кол-во)	35	36	36
Физические лица (кол-во)	1 997	1999	1925

За период 2017-2019гг. данные виды услуг были оказаны 106 медицинским организациям и 5 927 физическим лицам.

Из представленных данных следует рост количества юридических на 44%, физических лиц на 0 %.

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

	<b>Сильные стороны:</b>	<b>Слабые стороны:</b>
<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 спектра 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 АСУ (программа) 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 НПЦТ г.Астана и других центров крови РК</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточно высокий уровень категорированности врачей (50,0%).</li> <li>• Текучесть кадров.</li> </ul>
<b>Процессы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Своевременное 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> <li>• Использование методов обеспечения безопасности крови и ее компонентов: лейкофилтрация, вирусинактивация, карантинизация.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- лейкофилтрация эритроцитов и плазмы 100%</li> <li>- вирусинактивация тромбоцитов 100%</li> <li>- карантинизация плазмы 92,3%</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие защитных средств (коробки для плазмы).</li> <li>• 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):               <ul style="list-style-type: none"> <li>1) рН метр закрытой системы, без выхода CO<sub>2</sub> (для определения уровня рН);</li> </ul> </li> <li>• Несовершенство информационной программы АИС «Info DONOR» и комплексной медицинской информационной системы (КМИС)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- вирусиактивации СЗП 7,7%</li> <li>• Брак донаций составил 2,6% (при допустимом значении – 7%). Списание продукции по истечению срока годности 0,02% (при допустимом значении 10%).</li> <li>- Участие во внешней оценке качества лабораторных исследований (ВОК).</li> <li>• Наличие системы менеджмента качества.</li> <li>• Проведение лабораторного и бактериологического контроля качества компонентов крови, санитарно-бактериологического и производственного контроля. Уровень контроля качества компонентов крови 100%.</li> <li>• Наличие аккредитации лабораторий на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015.</li> <li>• Функционирование информационной программы АИС «Info DONOR» и комплексной медицинской информационной системы (КМИС)</li> </ul>	
<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>• Недостаточное финансирование на обеспечение компонентами медицинских организации по ГОБМП</li> <li>• Низкая стоимость на лабораторные исследования утвержденная МЗРК.</li> <li>• Низкая платежеспособность населения за дорогостоящие услуги</li> </ul>
	<b>Возможности:</b>	<b>Угрозы:</b>
<b>Клиенты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Финансовое стимулирование доноров</li> <li>• Увеличение количества потребителей услуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточное финансирование доноров</li> <li>• Недостаточно доноров с редкими группами крови</li> </ul>
<b>Обучение и развитие персонала</b>	<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>• Отток кадров в частные клиники.</li> </ul>
<b>Процессы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R - облучение компонентов крови для пациентов с измененным иммунным статусом.</li> <li>• Внедрение новых технологий - производство стволовых клеток</li> <li>• Интеграция информационной программы АИС«Info DONOR» в ГИС.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточное материально-техническое оснащение</li> <li>• Остановка производственного процесса по причине несвоевременного планового технического обслуживания оборудования.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличение производства компонентов крови.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Зависимость от импорта и риск изменения цены на ИМН.</li> </ul>
<b>Финансы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличение количества исследований (12948/12987) и видов медицинских услуг (34/38), в качестве соисполнителя в рамках ГОБМП и платных услуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нестабильность поступления расходного материала по причине импорт зависимости оборудования и ИМН.</li> <li>Увеличение стоимости ИМН из-за колебаний национальной валюты.</li> </ul>

### 2019 год в цифрах

- Всего доноров крови – 7510
- Всего донаций крови и ее компонентов - 11842
- 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
- Участие во внешней оценке качества лабораторных исследований (ВОК)
- Наличие квалифицированных кадров
- Наличие системы менеджмента качества
- Функционирование информационной программы АИС «Info DONOR»
- За 2019 год поступление финансовых средств составило 1 070 716,2 тыс. тенге, прибыль 9 666,5 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"> <li>Организация выплат подъемных денежных средств молодым специалистам.</li> <li>Увеличение производства компонентов крови</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличение количества потребителей услуг</li> <li>Внедрение новых технологий - производство стволовых клеток</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>Обмен опытом со специалистами НПЦГ г. Астана и других центров крови РК</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Внедрение новых методов финансового, управленческого менеджмента</li> </ul>



Низкая (Н)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интеграция информационной программы АИС«Info DONOR» в ГИС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Финансовое стимулирование доноров</li> <li>• R - облучение компонентов крови для пациентов с измененным иммунным статусом.</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>• Недостаточно доноров с редкими группами крови</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неправильное планирование медицинскими организациями потребностей в компонентах крови</li> <li>• Остановка производственного процесса по причине несвоевременного планового технического обслуживания оборудования</li> </ul>	
Средняя (С)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточное финансирование на обеспечение компонентами медицинских организации по ГОБМП</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нестабильность поступления расходного материала по причине импорт зависимости оборудования и ИМН</li> <li>• Недостаточное материально-техническое оснащение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отток кадров в частные клиники</li> </ul>
Низкая (Н)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение стоимости ИМН из-за колебаний национальной валюты</li> <li>• Неоплата за предоставленный товар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточно высокий уровень категорированности врачей (50,0%)</li> </ul>

### 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.Нургазин Е.М.. – заместитель руководителя Департамента контроля качества и безопасности товаров и услуг города Нур-Султан;
- 3.Нурбеков А.Н. – председатель ОО «Шарапат»;
- 4.Медеубасов С.Б. – юрист 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 30 %. В 2019 году было проведено заседаний – 4 (2018г.-4, 2017г. -4).

На заседаниях в течение 2019 года были рассмотрены и решены 16 вопросов:

1. Назначение секретаря наблюдательного совета КГП «Областной центр крови».
2. Утверждение плана работы наблюдательного совета КГП «Областной центр крови» на 2019 год.
3. Согласование отчета о выполнении плана развития предприятия за 2018 год.
4. Утверждение годовой финансовой отчетности за 2018 год.
5. Утверждение организационной структуры КГП «Областной центр крови».
6. Определение служебной информации ограниченного распространения, составляющая служебную тайну.
7. Определение размера оплаты услуг аудиторской организации за аудит финансовой отчетности.
8. Отчет по проведению закупок ИМН.
9. Принятие решения о распределении средств, полученных из дополнительных источников, в том числе части чистого дохода, оставшегося в распоряжении предприятия.
10. Принятие решения в части премирования работников ко Дню медицинского работника.



11. Определение заработной платы секретаря НС.
12. Согласование проекта плана развития КГП «Областной центр крови» на 2020 год.
13. Согласование Положения о премировании.
14. Определение размера и кратности оказания материальной помощи многодетным и матерям, одних воспитывающих детей.
15. Принятие решения в части премирования работников ко Дню Независимости.
16. Утверждение плана работы наблюдательного совета КГП «Областной центр крови» на 2020 г.

## **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.

Руководитель: Сабирова Л.Е. - заместитель директора

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

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

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

Каханова М.А. – и.о. заведующей отделением заготовки крови

Пужеева Е.П. – заведующая лабораторией диагностики инфекций

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

Направления работы Службы:

- Решение проблем (жалоб, рекламаций) доноров крови и её компонентов, населения и медицинских организаций, за 2016-2019гг. жалоб не было.
- Предупреждение, ограничение, снижение будущих рисков и потерь возникших вследствие наступления их последствий, мониторинг рисков: за 2019г были зафиксированы риски: отключение электроэнергии – 3; нарушение герметичности контейнера с компонентом – 64; сбой в работе ПЦР Cobas s201 - 18; ИХЛА Architect – 4; нарушений работы лифта – 0; сбой чиллера – 0; По всем случаям наступления рисков проведены соответствующие корректирующие мероприятия, отрицательных последствий для предприятия, медицинских организаций и реципиентов не было.
- Организация безопасных условий для всех доноров, посетителей, сотрудников с изучением степени удовлетворенности уровнем и качеством медицинских услуг предоставляемых предприятием, посредством проведения их анкетирования. За 2016 год проведено анкетирование 200 доноров и 83 сотрудника, за 2017 год 160 доноров и 76 сотрудников, за 2018 год 1120 доноров и 70 сотрудников, за 2019 год 1142 донора - по итогам анкетирования жалоб не выявлено и 73 сотрудника - уровень удовлетворенности сотрудников составляет 80%.
- Проведение внутреннего аудита на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения, отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке. В 2016 году проведено 15 внутренних аудитов, в 2017 году – 15, в 2018 году – 23 внутренних аудита, в 2019 году – 14



внутренних аудитов. Аудит карт доноров: 2016 год – 3846, 2017 год – 2864, 2018 год – 2316 карт доноров, 2019 год – 1790 карт доноров. Результаты аудитов были представлены директору а также рассмотрены на заседаниях Службы поддержки доноров и внутреннего контроля 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 гемотранфузионную терапию. Функционирует «телефон доверия», в холлах размещены 3 постера с информацией о горячей линии УЗКО, функционирует официальный сайт 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 2016-2019 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 СОПов, результаты опроса используются для планирования обучающих занятий. Графики и сроки проведения метрологической поверки оборудования в 2016-2019 годах соблюдались полностью, всё оборудование подлежащее метрологической поверке имеет соответствующие лейблы и 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*

№ п/п	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2019 год	Факт за 2019 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 год	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Рентабельность активов (ROA)	%	1,3	1,3	1	0,8	Достиг
2	Просроченная кредиторская задолженность	%	0	0	0	0	Достиг
3	Доходы от платных услуг	%	12	4	9	5,5	Не достиг

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 3 индикаторов наблюдается достижение 1 индикатора.



**Стратегическое направление 2: Клиенты****Цель 2.1: Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи**

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2019 год	Факт за 2019 год	Факт за 2018 год	Факт за 2017 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 2019 год	Факт за 2019 год	Факт за 2018 год	Факт 2017г	Сведения о достижении
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	%	56	62	55/61	55	Достиг
3	Уровень удовлетворенности производственного персонала	%	80	80	80	80	Достиг
4	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	95	96	90	90	Достиг

5	Текучесть производственного персонала	%	15	23	11	20	Достиг
6	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку специалиста к средней заработной плате в экономике	%	1,43	1,45	1,5	1,38	Достиг
7	Коэффициент совмещения	%	1,4	1,3	1,4	1,4	Достиг
8	Доля клинических специалистов, владеющих английским языком на уровне Intermediate	%	3	52	0	0	Достиг

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

*Стратегическое направление 4: Обеспечение внутренних процессов*

*Цель 4.1: Повышение эффективности деятельности*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2019 год	Факт за 2019 год	Факт за 2018 год	Факт 2017г	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	30	30	0	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 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	Доля безвозмездных донаций	%	99	99,9	100	99,6	Достиг



2	Доля забракованной крови от всей заготовленной консервированной крови	%	Не более 7 %	2,6	3 %	Не более 7 % (2,6)	Достиг
3	Доли форменных элементов крови, списанных по истечению срока годности.	%	Не более 10%	0,02	0,05	Не более 10% (4,3)	Достиг
4	Уровень раскарантизации СЗП	%	67,6	63,5 77,6 (общ)	79,1	67,4	Достиг

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

7	Уровень вирусинактивации СЗП	4	4,8	8,6
8	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	99,2	100	100
9	Доходы за отчетный период составляют	1 029 813,0 тыс.тенге	1 038 926,7 тыс.тенге	1 106 989,3 тыс.тенге
10	Расходы всего за отчетный период составляют	1 009 881,7 тыс.тенге	1 027 988,7 тыс.тенге	1 097 322,6 тыс.тенге
11	Доходы от платных медицинских услуг	50 304,1 тыс.тенге	48 778,8 тыс.тенге	43 394,3 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 2019 году было запланировано получение доходов в сумме 936 030,8 тыс.тенге, фактически было 1 053 618,0 тыс.тенге, остаток на 31.12.2019 г. составил 105 639,1 тыс.тенге. Всего расходы составили 1 097 322,6 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 2019 год составили 1 013 223,7 тыс. тенге, в том числе : заготовка крови, её компонентов и препаратов 1 005 207,9 тыс.тенге, клиничко-диагностические услуги 8 015,8 тыс.тенге.

В сравнении с 2018 годом доходы по ГОБМП увеличились на 109 022 тыс. тенге.

За 2019 год доходы по платным услугам составили 40 394,3 тыс.тенге. В сравнении с 2018 годом доходы уменьшились на 8 384,5 тыс. тенге.



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

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	План на 2019 год	Факт за 2019 год	Факт за 2018 год	Факт 2017г	Сведения о достижении
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Целевые индикаторы</b>							
1	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	100	100	100	99,2	Достиг
2	Уровень проведения технического обслуживания медицинского оборудования и информационных систем	%	100	99,75	100	100	Достиг

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

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

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

№	Наименование	Факт 2017 год	Факт 2018 год	Факт 2019 год
1	Уровень удовлетворенности пациентов	100	100	100
2	Уровень удовлетворенности персонала	80	80	80
3	Уровень проведения тестирования образцов донорской крови на трансфузионные инфекции методом: ИХЛА, ПЦР на автоматических анализаторах закрытого типа	100	100	100
4	Уровень лейкофилтрации эритроцитов	90	100	100
5	Уровень лейкофилтрации СЗП	41	100	100
6	Уровень вирусинактивации тромбоцитов	92,9	100	100

Совокупный доход составил 1 106 989,3 тыс.тенге.

Фактический расход составил 1 097 322,6 тыс.тенге.

По результатам работы за 2019 год получена прибыль в сумме 9 666,5 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 134 693,7 тыс.тенге и составил 1 838 522,2 тыс.тенге. Уменьшение связано с связи с износом основного средств входящих в резерв и передачей медицинского анализатора в ЦРБ Актогайского района.

#### 4.4.Отчет о движении денежных средств.

Остаток денежных средств на 01.01.2019 г. составляло 68 273,5 тыс.тенге. За отчетный период поступили денежные средства на сумму 1 071 216,8 тыс. тенге, выбытие составило 1 036 208,9 тыс.тенге. Остаток денежных средств на 31.12.2019 г. составляет 105 639,1 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	2018г.	2019г.	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	953 168,7	1 056 618,1	+ 103 449,4
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 804 574,5	2 751 579,7	- 52 994,8
3. Фондоотдача (тенге) (1:2)	0,65	0,38	- 0,27

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	2018 г.	2019 г.	Изменения за год
1. Объем оказанных услуг (тыс.тенге.)	953 168,7	1 056 618,1	+ 103 449,4
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 804 574,5	2 751 579,7	- 52 994,8
3. Фондоёмкость (тенге) (2:1)	2,94	2,60	- 0,33

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

Показатели	2018 г.	2019 г.	Изменения за год
1. Среднесписочная численность работников	132	133	+1
2. Среднегодовая сумма основных фондов (тыс.тенге.)	2 804 574,5	2 751 579,7	- 52 994,8
3. Фондовооруженность (тенге) (2:1)	21 246	20 688	- 558

Вместе с тем, порогового значения достигли финансовые индикаторы:

- «Рентабельность активов» (при плане 1 %, факт – 1%).
- «Доля доходов от платных услуг» (план – 9 %, факт – 9 %).
- «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 43 206,2 тыс. тенге (план 32 909 тыс.тенге,). Отмечается рост доли доходов от платных услуг 31 % в сравнении с планом.

## РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ

### 5.1 Привлечение пациентов (доноров)

За 2019 год было 11842 донации от 7510 доноров, отмечается увеличение общего числа донаций в сравнении с 2018 годом (11197) на 645 донаций.

Количество доноров в 2019 году - 7510 (2018 год - 7349), в том числе первичных 2556 (2018 год - 2437), наблюдается увеличение общего количества доноров на 161 (2,2%), увеличение первичных доноров на 119 (4,7%).

Регулярных доноров в 2019 году было 1095 (9,2%), в равнении с 2018 годом количество регулярных доноров увеличилось 831 (24%)

Отмечается тенденция увеличения числа безвозмездных донаций 99,9 % в 2019году, за 2018год – 100%, и снижения количества платных донаций 0,1% в 2019году, за 2018год – 0%.



## **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 2016-2019гг. 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 39 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 и предоставляемую продукцию за период 2017-2019гг. не поступало. Удовлетворены отношением персонала крови (доброжелательность, вежливость) во время получения продукции - 100%.

За 2019 год поступило 36 обращений справочного характера, в 2018 – 36, 2017 год - 29, все обращения удовлетворены своевременно.

Для улучшения качества оказываемых услуг ежеквартально проводит анкетирование доноров, по результатам проведенного анкетирования за период 2017-2019гг. отмечается 100% удовлетворенность 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**

#### **В 2019 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», Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15.04.2019г. № ҚР ДСМ-34 «Об утверждении Требований к медицинскому освидетельствованию доноров, безопасности и качеству при производстве продуктов крови для медицинского применения», Приказа МЗ РК от 02.10.2012г. № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» с изменениями, внесенными приказом МЗ РК №325 от 05.06.2018г.. 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 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 120 Стандартных операционных процедур (СОП) 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.;

Внедрено и контролируется 39 внутренних индикаторов 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 свежзамороженной плазмы;
- вирусинактивация плазмы и тромбоцитов.

С целью повышения качества медицинских услуг КГП «Областной центр крови» пройдена аккредитация медицинской лаборатории на соответствие СТ РК ISO 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетентности» Аттестат № KZ.M.10.2227 от 18.06.2019г. действителен до 18.06.2024г.

### **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 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
<b>1. Внешние риски:</b>					
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	Обеспечение потребности медицинских организаций области кровью и её компонентами. Обеспечение	Не обеспечение заявок на компоненты крови. Медицинские организации области. Выдача	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.	



ИМН	безопасности компонентов крови	компонентов несоответствующ их НПА Остановка производственног о процесса.			
Увеличение стоимости ИМН из-за колебаний национальной валюты.	Обеспечение безопасности компонентов крови	Отсутствие запасов ИМН.	Контроль по исполнению услови 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 2018г. уровень платных донаций составил 0 %, 2017 год 0,2% - (25д. из 11631д.), в 2016 г. этот показатель составлял - 1% (85д. от 13287д.	Проведение мероприятий по развитию донорского движения. На постоянной основе пополняется регистр потенциальных доноров с редкими группами крови за 2018г. у 108 лиц RH(-) включены в регистр доноров с редкими группами крови; Доноры приглашаются для сдачи крови или повторного обследования на трансфузионные инфекции посредством телефонных звонков, СМС оповещения, в 2018 году введен в работу Coll – центр для автоматического обзвона доноров.	
<b>2. Внутренние риски:</b>					
Несвоевременное плановое техническое обслуживание оборудования	Обеспечение безопасности компонентов крови	Неисправность оборудования; Остановка производственног о процесса;	Выявить неисправности Оповестить руководство и инженерную службу Действовать согласно СОП: «Порядок действий	Заключаются и исполняются договора по обслуживанию; Исполняются мероприятия согласно графиков технического обслуживания и метрологической	

		<p>Невыполнение заявок медицинских организаций;</p> <p>Нарушение режима хранения компонентов крови, реагентов или образцов крови;</p> <p>Финансовые потери</p>	<p>сотрудников при сбое какого-либо сервиса», «Порядок вывода оборудования из эксплуатации»;</p> <p>Провести ремонт оборудования;</p> <p>Провести мероприятия согласно СОП «Порядок ввода оборудования в эксплуатацию»</p>	<p>поверки оборудования;</p> <p>Проводится обучение персонала, соблюдение и контроль исполнения правил эксплуатации и техники безопасности при работе с оборудованием;</p> <p>Исполняются мероприятия согласно тактического руководства: «Управление техническими средствами», «Управление оборудованием критической важности»</p>	
<b>Возникновение пожара</b>	<p>Обеспечение медицинских организаций области кровью и её компонентами</p>	<p>Остановка производственного процесса;</p> <p>Невыполнение заявок медицинских организаций;</p> <p>Материальный ущерб;</p> <p>Потеря здоровья и жизни персонала, доноров и посетителей;</p>	<p>Ответственный за управление и координирование мер экстренного реагирования:</p> <p>1)уведомляет аварийные службы и персонал используя систему экстренной связи;</p> <p>2)проводит эвакуацию людей и компонентов крови из здания в случае необходимости в соответствии со стандартами эвакуации;</p> <p>Выполняются мероприятия по управлению противопожарной безопасностью</p>	<p>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 жестью 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</p>	



				<p>на каждом этаже по блокам. Имеется пожарная сигнализация с оповещением Сигнал 2000. Заключен договор на ежегодное обслуживание автоматической пожарной сигнализации. Имеются журналы учета состояния средств пожаротушения и учета проверки пожарной сигнализации. Легковоспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие, потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по технике безопасности, включая:</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 тактическому руководству «Управление противопожарной безопасностью»;</p>	
--	--	--	--	---	--

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.

За 2019г были зафиксированы риски: отключение электроэнергии – 3; нарушение герметичности контейнера с компонентом – 64; сбой в работе ПЦР Cobas s201 - 18; ИХЛА Architect – 4; нарушений работы лифта – 0; сбой чиллера – 0; По всем случаям наступления рисков проведены соответствующие корректирующие мероприятия, отрицательных последствий для предприятия, медицинских организаций и реципиентов не было.

## **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 42 сотрудников Организации, что составляет 34% от общего числа всех сотрудников, из них врачи – 11, СМР – 18, АУП – 3, прочие – 10 человек. Приняли участие в конференциях и семинарах республиканского и областного уровня 10 сотрудников.

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 увеличилась с 11% до 23%, из них уровень текучести врачей – 5,6%, СМР – 4%, ММП – 1,6%, прочие – 11,9%.

### **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 2019 году было выплачено в форме дополнительного материального поощрения (стимулирования):

КВФ увеличение - 4 285,8 тыс. тенге, что на 341,24 тыс.тенге больше чем в 2018 году ;

Премия -22 152,4 тыс.тенге, что на 3 011 тыс.тенге больше чем 2018 году.

КВФ уменьшения и штрафные санкции составили в 2019 году 685,2 тыс.тенге, что на 215,4 тыс.тенге меньше, чем 2018 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 руководства на соответствующий год.

Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию, составило 29, из них АУП – 1, врачи – 7, СМР – 5, ММП – 2, прочие - 14. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 13, из них по причинам увольнения: 7 сотрудника – выход на пенсию, 2 – переезд в другой город.

#### **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;
- проведено обучение ответственных лиц за пбв области пожарно – технического минимума - 5 сотрудников;
- проведена ежегодная проверка знаний в области БиОТ – 91 сотрудников;
- проведена проверка знаний ИТР по нормам и правил ТБ при работе с электроустановками – 3 сотрудника;
- проведена испытание пожарных лестниц 26.03.2019 г.
- проведено испытание замера сопротивления электросети 26.10.2019 г.

За отчетный период проведена работа по ГЗ и ЧС

- Проведено 9 семинарских занятий «Деятельность деструктивных религиозных течений на территории РК. Действия по обнаружению взрывного устройства. Пропаганда экстремизма и терроризма. Действия при захвате заложников»;
  - Произведен монтаж 13 камер видеонаблюдения;
  - Проведено практическое занятия по использованию первичных средств пожаротушения - 12 сотрудников;
  - Проведена лекция «О гражданской защите» 23.04.2019 г. – 67 сотрудников.
- Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний, включая несчастных случаев в 2019 году не зарегистрировано.

## **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 2019 году проведена аккредитация и получен аттестат аккредитации № KZ.M.10.2227 от 18.06.2019 года на соответствие требованиям СТ РК ISO 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетенции».

В 2019 году предприятием использованы финансовые ресурсы на сумму 1 070 716,2 тыс.тенге, из них:

- в рамках исполнения ГОБМП - 1 023 067,8 тыс.тенге;
- из средств оказания платных услуг - 47 648,4 тыс.тенге.

На повышение квалификации сотрудников предприятия и переподготовку врачей и средних медицинских работников были использованы средства на сумму 1 245,9 тыс.тенге

Из производственного персонала повышение квалификации и переподготовку прошли 11 врачей и 18 средних медицинских работников, квалификационную категорию получили 1 врач и 7 средних медицинских работника, из прочего персонала прошли обучение и повышение квалификации 13 работников.

Приняли участие в конференциях и семинарах республиканского и областного уровня 10 сотрудников.

Ежегодный медицинский осмотр прошли 119 работников, сумма расходов составила 264,5 тыс.тенге.

На развитие донорского движения в 2019 году было затрачено средств на сумму 569,4 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 средств на сумму 112 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 456 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 - 192 349 тыс.тенге;
- лейкофльтрация - 145 221 тыс.тенге;
- вирусинактивация - 129 022 тыс.тенге;
- иммуногематологические, серологические, биохимические и гематологические исследования составили - 94 850 тыс.тенге.

Затраты в 2019 году для проведения контроля качества выпускаемой продукции составили 8 692 тыс.тенге.

Сервисное и техническое обслуживание в 2019 году прошли 11 единиц медицинского оборудования на сумму 17 064,0 тыс.тенге и поверку средств измерений 27 приборов на сумму 275 тыс.тенге.

Расходы на Сопровождение программного обеспечения "Инфодонор" в 2019 году составили 6 500,0 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 08.01.2019 года действует формулярная комиссия. Комиссия состоит из 8 человек, заседания проводятся 2 раза в год. По итогам 2019 года проведено 2 заседания (2018г. - 4 заседания 2017г. - 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 и согласовывается с Управлением Здравоохранения Карагандинской области.

В КГП «Областной центр крови» согласно приказа № 107-п от 27.06.2019г. определены ответственные лица по проведению входного контроля. Проводятся заседания 2 раз в год, а также при возникновении проблемных вопросов. Основной целью входного контроля 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 Тактическим руководством «Порядок проведения входного контроля лекарственных средств и изделий медицинского назначения». В 2019г. комиссией по входному контролю было проведено 624 процедуры входного контроля, материалов используемых для производства продукции крови; в 2018г. – 671, 2016г. – 667, 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 2019 - 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 2018г	Факт 2018г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	<b>Целевые индикаторы</b>						
1	Рентабельность активов (РАО)	%	Отчет	Финансовый отдел	1,3	1,3	Достиг
2	Просроченная кредиторская задолженность	тенге	Отчет	Финансовый отдел	0	0	Достиг
3	Доходы от платных услуг	%	Отчет	Финансовый отдел	12	4	Не достиг

*Стратегическое направление 2: Клиенты*

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

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2019г	Факт 2019г	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	Достиг
2	Наличие аккредитации предприятия	Да/нет	Свидетельство	ОКК	да	да	Достиг



3	Отсутствие обоснованных жалоб	Кол-во	Жалоба Реклама ция Информа ция	ОКК	0	0	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 2019г	Факт 2019г	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	Достиг
2	Уровень категорированности врачей и медицинских работников	%	Статистические данные	СУП	56	62	Достиг
3	Уровень удовлетворенности производственного персонала	%	Статистические данные	СУП	80	80	Достиг
4	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	%	Статистические данные	СУП	95	96	Достиг
5	Текучесть производственного персонала	%	Статистические данные	СУП	15	23	Не достиг
6	Соотношение средней заработной платы на 1 ставку специалиста к средней заработной плате в экономике	%	План	Финансовый отдел	1,43	1,45	Достиг
7	Коэффициент совмещения	%	Статистические данные	СУП	1,4	1,3	Достиг

8	Доля клинических специалистов, владеющих английским языком на уровне Intermediate	%	Отчет	СУП	3	52	Достиг
---	---	---	-------	-----	---	----	--------

*Стратегическое направление 4: Обеспечение внутренних процессов  
Цель 4.1: Повышение эффективности деятельности*

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2019г	Факт 2019г	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	30	Достиг
2	Наличие пакета типовых корпоративных документов (4)	да/нет	-	СУП	да	да	Достиг

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

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2019г	Факт 2019г	Статус достижения
1	2	3	4	5	6	7	8
	<b>Целевые индикаторы</b>						
1	Доля безвозмездных донаций	%	Карта донора АИС «Info DONOR»	ОКД	99	99,9	Достиг
2	Доля забракованной крови от всей заготовленной консервированной крови	%	Отчет АИС «Info DONOR»	ОВП с блоком КВ и ВХ КК	Не более 7 %	2,6%	Достиг
3	Доли форменных элементов крови,	%	Отчет	ОВП с блоком КВ	Не	0,02%	Достиг



	списанных по истечению срока годности.			и ВХ КК	более 10%		
4	Уровень раскарантинизации СЗП	%	АИС «Info DONOR» Отчет	ОКД ОВП с блоком КВ и ВХ КК	67,6	63,5% 77,6% (общ)	Достиг

*Цель 4.3: Обеспечение безопасности компонентов крови*

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

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

№	Наименование целевого индикатора	Ед. измерения	Источник информации	Ответственные	План на 2019г	Факт 2019г	Статус достижения
1	2	3	4	5			8
	<b>Целевые индикаторы</b>						
1	Уровень проведения контроля качества продуктов крови	%	Отчет	ОКК	100	100	Достиг
2	Уровень проведения технического обслуживания медицинского оборудования и информационных систем	%	Отчет	ОКК	100	100	Достиг