

**СОДЕРЖАНИЕ**

**РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

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

 1.2.Стратегия развития (стратегические цели и задачи)

**РАЗДЕЛ 2. КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ (для организации с корпоративным управлением)**

2.1. Структура корпоративного управления, состав наблюдательного совета/совета

 директоров

2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита

 **РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ**

3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)

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

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

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

4.2. Отчет о прибыли, убытке и совокупном доходе

4.3. Отчет об изменениях в капитале

4.4. Отчет о движении денежных средств

4.5. Оценка эффективности использования основных средств

4.6. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

5.1. Привлечение (прикрепление) пациентов

5.2.Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.

5.3. Работа с пациентами, управление структурой госпитализированных пациентов.

5.4. Безопасность пациентов

5.5. Управление рисками в работе с пациентами

**РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА**

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

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

6.3. Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала (доля инвестиций в удержание кадров)

6.4. Управление рисками в работе с персоналом

**РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

7.1. Аккредитация клиники, лабораторной службы, профильных служб (национальная

и/или международная)

7.2. Управление структурой пациентов (ранжирование по весовым коэффициентам, развитие стационарозамещающих технологий)

7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.

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

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**РАЗДЕЛ 1. О ПРЕДПРИЯТИИ**

**1.1 Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг (миссия, видение)**

КГП на ПХВ «Областной центр крови» ведущий региональный центр крови, выпускающий безопасные компоненты крови, соответствующие международным стандартам качества, с высоким уровнем медицинского обслуживания и сервиса. В преимущества Организации входят: мощный кадровый потенциал, наличие современного высокотехнологического оборудования для заготовки, переработки, тестирования донорской крови и ее компонентов ведущих мировых фирм производителей. пациент-ориентированное управление.

**Миссия**

«Мир без невосполненных кровопотерь!».

 **Видение**

 Стать одним из лучших региональных центров крови в Республике Казахстан на основе профессионализма и интеллектуального потенциала сотрудников. Обеспечить необходимые технические, экономические и организационные условия для формирования и поддержания требуемого уровня качества в области заготовки донорской крови и ее компонентов

**2017 год в цифрах**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Всего донаций крови и ее компонентов | 7005 доз |
|  | удельный вес безвозмездных донаций  | 91% |
|  | удельный вес платных донаций  | 9% |
|  | Число донаций на 1000 населения по области | 13 |
|  | Доля донаций, от которых заготовленные кровь и ее компоненты признаны непригодными к переливанию и переработке на препараты (%) | 2% |
|  | наименование компонентов  | заготовлено  | выдано |
|  |  консервированная цельная кровь (доз) | 7005 | переработано 100% |
|  | Эритроцитсодержащие компоненты (доз) | 6023 |  |
|  | Эритроциты отмытые (доз) | 82 | 82 |
|  | Плазма свежезамороженная всех видов (доз) | 7980 |  |
|  | Криопреципитат (доз) | 386 |  |
|  | Тромбоциты аферезные лейкофильтрованные вирусинактивированные (доз) | 612 | 612 |
|  | Стандартные эритроциты диагност ические (л) |  |  |
|  | Всего на конец 2017 года врачей СМПАдминистративно-хозяйственая часть 6, прочие | 127 чел.14 чел.38 чел.58 чел.17 чел. |
|  | Снижение текучести персонала с 14% в 2016 году до 13% в 2017 году |
|  | Выручка от оказания платных услуг 33790 тыс. тг |
|  | прибыль 3811 тыс.тг |

**1.2 Стратегия развития (стратегические цели)**

*Организация работает по 4 стратегическим направлениям:*

 **Стратегическое направление 1 (финансы)**

Цель 1.1 **Обеспечение финансовой стабильности предприятия**

**Стратегическое направление 2 (клиенты)**

 Цель 2.1. Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению

 Цель 2.2.Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской услуги в службе крови

**Стратегическое направление 3 (обучение и развитие персонала)**

 Цель 3.1 Повышение потенциала и развития персонала

**Стратегическое направление 4 (внутренние процессы)**

 Цель 4.1. Обеспечение качественных медицинских услуг в центре крови

 **2.2. Состав и деятельность Службы внутреннего аудита**

Служба внутреннего аудита (СВА) – не является структурным подразделением центра крови, сформирована из его сотрудников (зав подразделениями) и представляет собой Службу поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля ( далее - СППМУ и ВК или Служба) Статус и состав Службы определяется в соответствии с объемом оказываемых медицинских услуг и утверждается Директором. Свою деятельность Служба осуществляет в соответствии с годовым и квартальным планами центра крови. Основной целью работы Службы является обеспечение качественного медицинского обслуживания доноров и обеспечение заготовки качественных (безопасных, биологически полноценных и клинически эффективных) компонентов крови. Соответствующие полномочия определены Положением о Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля.

Руководитель СППМУ и ВК - Солодухина Н.Л.

Основными направлениями работы СППМУ и ВК являются:

* анализ отчетов по работе подразделений центра крови;
* анализ индикаторов структуры, процесса и результатов;
* аттестация сотрудников на соответствие занимаемой должности
* работа с постоянно действующими комиссиями;
* подготовка к проведению аккредитации; постоянный мониторинг и анализ устных и письменных жалоб доноров, пациентов и пр. населения;
* мониторинг отклонений/несоответствий, рисков, которые они за собой влекут, и происшествий возникающих в центре крови, а также организует комиссию по несоответствиям, которая будет выполнять классификацию, анализ причин несоответствий, рисков и организовывать разработку, выполнение необходимых корректирующих действий

 **РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЯ**

**3.1. Ключевые показатели деятельности (по плану развития)**

*Цель 1:* **Повышение потенциала и развития персонала**

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 8 индикаторов достигнуты 8 индикаторов, не достигнуты –. 0

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за****2017 год** | **Факт за****2016 год** | **Сведения о достижении**  |
| 1 | соотношение средней заработной платы на 1 ставку врача к средней заработной плате | 1,2 | 1,2 | 1,5 | достиг |
| 2 | текучесть производственного персонала | 13 | 13 | 14 | достиг |
| 3 | укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников) | 72,7 | 72,7 | 73,6 | достиг |
| 4 | увеличение заработной платы на 1 ставку врача | 9000 | 9000 | 1500 | достиг |
| 5 | уровень удовлетворенности медицинского персонала | 80 | 85 | 80 | достиг |
| 6 | доля сотрудников, прошедших повышение квалификации, переподготовку | 100 | 100 | 100 | достиг |
| 7 | обязательное обучение врачебного и среднего медицинского персонал 1 раз в 5 лет | 5 | 9 | 5 | достиг |

**Цель 2: Обеспечение финансовой стабильности предприятия**

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов, не достигнут – 1.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год\*** | **Факт за****2017 год** | **Факт за** **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Амортизационный коэффициент | не более 38% | 44,5% | 44% | Не достиг |
| **2** | Оборачиваемость активов | 44,6% | 45,5% | 38,8% | Достиг |
| **3** | Рентабельность (эффективная деятельность) | 0,35% | 0,45% | 0,24% | Достиг |
| 4 | Рентабельность активов (ROA) | 0,4% | 0,5% | 0,3% | Достиг |
| 5 | Доля доходов от платных услуг | не менее 4.5% | 5,4% | 5,5% | Достиг |
| 6 | Увеличение прибыли предприятия | 1796,5 | 1796,5 | 21143,95 | Достиг |
| 7 | Кредиторская задолженность | - | - | - | Достиг |

Причины не достижения:

Высокий амортизационный коэффициент показывает, что в Областной центре крови основная часть основных средств, в частности медицинское оборудование, изношено. Поэтому требуются дополнительные бюджетные средства на приобретение нового медицинского оборудования.

*Цель 3:* **Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской услуги в службе крови**

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 4 индикаторов, не достигнут – 0 индикаторов.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за** **2017 год** | **Факт за** **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Уровень удовлетворенности доноров качеством медицинских услуг | 100% | 100% | 95% | Достиг |
| **2** | Отсутствие обоснованных жалоб | 0 | 0 | 0 | Достиг |
| **3** | Наличие свидетельства об аккредитации  медицинской организации | нет | нет | нет | достиг |
| **4** | Управленческие решения по предложениям доноров | 4 | 4 | 4 | достиг |

Причины не достижения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель 4: **.**  **Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за****2017 год** | **Факт** **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| **1** | Удовлетворение потребности медицинских организаций региона в компонентах крови  | 100 | 100 | 100 | Достиг |
| **2** | Количество донаций крови и ее компонентов на 1000 населения  | 13 | 13 | 18 | Достиг |
| **3** | удельный вес определенного контингента реципиентов (дети, пациенты родовспоможения, лица с иммунодепрессией и трансфузионно зависимые), обеспеченных компонентами крови, прошедшими дополнительную обработку методами лейкофильтрации, карантинизации и инактивации патогенов | 100 | 100 | 100 | достиг |
| **4** | Доля иммунологических исследований на маркеры трансфузионных инфекций, проведенных на автоматизированных анализаторах закрытого типа методом ИХЛА | 90 | 94,5 | 63 |  Достиг |
| **5** | Доля ПЦР-исследований на маркеры трансфузионных инфекций, проведенных на автоматизированных анализаторах закрытого типа | 100 | 100 | 100 | Достиг |
| **6** | Удельный вес л/ф эритроцитов , выданных в МО | 100 | 100 | 100 | Достиг |
| **7** | Удельный вес карантинизироваанной и лейкофильтрованной СЗП от всего кол-ва выданной плазмы в МО , выданных в МО | 100 | 100 | 100 | Достиг |
| **8** | Удельный вес лейкофильтрованных/ вирусинактивированных КТ, выданных в МО от всего кол-ва выданных КТ | 90 | 92 | 1 | Достиг |

*Цель 5:* **Обеспечение качественных медицинских услуг в центре крови**

 В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 11 индикаторов наблюдается достижение 11 индикаторов.

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **План на****2017 год** | **Факт за** **2017 год** | **Факт** **2016 год** | **Сведения о достижении** |
| ***1*** | Доля б/в донаций | 90 | 91 | 83 | достиг |
| ***2*** | Доля донаций крови и ее компоненттв, признанных непригодными к переливанию | 2 | 2 | 5 | достиг |
| ***3*** | Лабораторный контроль качества заготавливаемых компонентов донорской крови согласно Стандартам  | 100 | 100 | 94 | достиг |
| ***4*** | Соответствие качества заготавливаемых компонентов донорской крови установленному Стандарту(должно быть 75-100%) | 75-100 | 99,3 | 99,7 | достиг |
| ***5*** | Удельный вес первичных доноров  | 30 | 30 | 38 |  достиг |
| ***6*** | Количество проведенных акций по пропаганде донорства с привлечением предприятий, организаций, учреждений и т.п. | 10 | 10 | 10 | достиг |
| ***7*** | Доля аппаратного плазмафереза от общего количества процедур плазмафереза  | 100 | 100 | 100 | достиг |
| ***8*** | Доля аппаратного цитафереза от общего количества процедур цитафереза | 100 | 100 | 100 | достиг |
| ***9*** | Доля биохимических исследований, проведенных на автоматических анализаторах | 100 | 100 | 100 | достиг |
| ***10*** | Проведение внешнего аудита клинического использования крови и ее компонентов в МО не реже 1 раза в год. | 21 | 21 | 21 | достиг |
| ***11*** | Число посттрансфузионных осложнений | 0 | 0 | 0 | достиг |

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

Медико-экономические показатели ОЦК последние 3 года:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Факт за** **2015 год** | **Факт за** **2016 год** | **Факт** **2017 год** |
| **1** | Удовлетворенность доноров (%) | 100 | 100 | 100 |
| **2** | Удовлетворенность мед. персонала (%) | 73 | 80 | 85 |
| **3** | Доходы за отчетный период составляют(тыс.тг) | 461935,6 | 518103,5 | 625699,1 |
| **4** | Расходы всего за отчетный период составляют (тыс.тг) | 481064,4 | 516088,3 | 621887,5 |
| **5** | Доходы от платных медицинских услуг(тыс.тг) | 33717,6 | 28468,5 | 33790,11 |
| **6** | Количество донаций (дозы) | 10754 | 10227 | 7005 |
| **7** | Количество заготовленной донорской крови (л) | 6769,0 | 6202,0 | 4882,3 |
| **8** | Доля донаций крови и ее компонентов, признанных непригодными к переливанию (%) | 5 | 5 | 2 |
| **9** | Удовлетворение потребности медицинских организаций региона в компонентах крови (%) | 100 | 100 | 100 |

 За период с 2016-2017гг в Службе крови РК принят ряд мер по совершенствованию деятельности в сфере производственной и клинической трансфузиологии: 1.МО области обеспечиваются компонентами крови, прошедшими один из методов или сочетание методов дополнительной обработки (лейкофильтрация, вирусинактивация, карантинизация) с применением ресурсосберегающих технологий; 2. производство компонентов планируется в соответствии с выдачей компонентов в МО; 3. проведена оптимизация подходов к применению компонентов крови в МО. В результате наметилась тенденция к снижению востребованности компонентов крови большинством МО. Снижение потребностей в компонентах крови закономерно повлекло уменьшение общего числа донаций крови и ее компонентов в 2017 году. Снижение доли донаций крови и ее компонентов, признанных непригодными к переливанию, в 2017г объясняется внедрением в практику нового подхода обследования доноров на долабораторном этапе.

**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 совершенствование тарифов на возмещение затрат за оказание медицинских услуг по ГОБМП:

**Заготовка, консервация, переработка, хранение и реализация крови и ее компонентов**

- Хранение и реализация крови и ее компонентов;

-Заготовка, консервация, переработка крови и ее компонентов;

**Лабораторная диагностика**

-Лабораторная диагностика вируса иммунодефицита человека (ВИЧ- диагностика);

-Общеклинические исследования;

-Серологические исследования;

-Бактериологические исследования;

-Биохимические исследования;

-Иммунологические исследования.

**Мероприятие 1.** Совершенствование тарифной политики, в т.ч. формирование методологии возмещения затрат по консультативно- диагностической помощи и по внедрению уникальных инновационных технологий.

Тарифы на компоненты крови и исследования в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 16 сентября 2015г. №725 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

**Мероприятие 2.** Использование амортизационных фондов.

Согласно бюджета в 2017 году за счет средств Местного бюджета по программе 033 «Капитальные расходы гос.предприятий» было предусмотрено 42 700 тыс. тенге на приобретение основных средств :

- Анализатор иммунохимический модульный ARCHITECT- 38 400,0 тыс.тенге

- Автомашина УАЗ 374195-05 – 4 300,0 тыс.тенге.

 Дополнительно за счет средств Республиканского бюджета Областным Центром крови было приобретено основных средств на сумму 1291,5 тыс.тенге.

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

 Увеличение доходов от платных медицинских услуг:

**Мероприятие 1.** Формирование, совершенствование и расширение пакета платных услуг, увеличение количества анализов.

 За 2017 год в Прейскурант цен КГП на ПХВ «Областной Центр крови» на платные услуги включены 1 новая услуга- ПЦР на определение РНК гепатита «С», ДНК гепатита «В», РНК ВИЧ методом МРХ 2,0.

 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 33 790,11 тыс.тенге (в 2016 году – 28 468,5 тыс.тенге) (169%) при плане – 20 000 тыс.тенге.

**Мероприятие 2.** Совершенствование маркетинговой политики.

 В КГП на ПХВ «Областной Центр крови» проводилась работа по маркетингу по 3 основным направлениям:

1. *Имидж:*

В КГП на ПХВ «Областной Центр крови» имеется сайт (<http://www.ock.sko.kz/>)

 Еженедельно обновлялась информация на сайте Организации(количество посетителей до 50 человек за сутки, до 1000 человек в месяц), проведена работа по ведению официальных страниц Организации в социальных сетях «Facebook». Имеется так же группа в контакте «Областной центр крови г.петропавловск» (<https://vk.com/ock_sko>), где информация обновляется еженедельно, количество подписчиков 1397 человек. Проводятся рассылки в СМИ пресс-релизов и фотоматериалов о событиях в Областном Центре крови.

1. *Сбыт (развитие платных услуг; визовая поддержка*)

 Регулярно подаются объявления в СМИ (газета, бегущая строка) и сайте о видах и ценах оказываемых услуг. В 2017 году заключено договоров на оказание платных услуг и по субподряду с ЛПУ города в количестве 45.

Проводится агитационная работа по привлечению доноров.

Ежегодно проводятся праздники, посвященные Дню донора, где награждаются грамотами и памятными подарками почетные доноры города.

1. *Внутренний маркетинг*

 Обеспечены условия для эффективной работы персонала: Имеется гардероб для персонала с достаточным количеством индивидуальных мест, все рабочие места компьютеризированы, имеется достаточное количество специальной медицинской одежды, имеется достаточное количество бытовых помещений. Нагрузка на специалистов центра крови согласно нормативным требованиям. С целью определения степени удовлетворенности персонала условиями работы 1 раз в год проводится анкетирование сотрудников.

Созданы комфортные условия пребывания доноров и посетителей: помещения, к которым имеют доступ доноры, отделены от других рабочих зон, анкетирование и осмотр доноров осуществляются в закрытых зонах, имеются отдельные помещения для приема и ухода за донорами с побочными реакциями, для отдыха доноров, буфет.

На всех этапах производственного процесса внедрена информационная программа **«InfoDonor»**, интегрированная в общую сеть организаций службы крови Республики Казахстан, и  является обязательной системой для обеспечения безопасности, качества донаций крови и ее компонентов. Информационная программа    позволяет управлять и хранить огромный объем информации о донорах,  донациях и лицах, имеющих противопоказания к донорству (Единый Донорский Информационный Центр – ЕДИЦ), что дает возможность в автоматическом режиме проверить потенциального донора по электронной базе и осуществить взаимообмен информацией с другими центрами крови Республики Казахстан.

Информационная программа  **«**InfoDonor»играет роль навигатора, который обеспечивает порядок движения донора («Путь донора»), тем самым позволяет избежать очередности и сокращает время пребывания доноров в центре крови до 30 мин.

 С целью определения степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг проводится анкетирование доноров и др. населения.

**4.3. Оценка эффективности использования основных средств**

 За отчетный год доходы от платных медицинских услуг перевыполнены в сумме на 13 790,11 тыс. тенге (план 20 000 тыс.тенге, факт 33 790,11 тыс.тенге). Отмечается рост доли доходов от платных услуг на 18,7% в сравнении с прошлым годом и на 69% в сравнении с планом.

 Итого, за отчетный период доходы всего составили в сумме 625 699,11 тыс. тенге, что на 13 791,11 тыс. тенге превышает плановое значение согласно Плана развития, и на 107 595,61 тыс. тенге больше в сравнении с фактом прошлого года (2016 год – 518103,5 тыс. тенге). В общей структуре доходов 591 909 тыс. тенге (94,6%) составляет ГОБМП и 33 790,11 тыс. тенге (5,4%) доходы от оказания платных услуг.

 Вместе с тем, порогового значения не достигли финансовые индикаторы:

Амортизационный коэффициент, что показывает изношенность медицинского оборудования в КГП на ПХВ «Областной Центр крови».

**РАЗДЕЛ 5. ПАЦИЕНТЫ**

**5.1 Привлечение (прикрепление) пациентов**

Доноры и донации. Заготовка крови и ее компонентов

В регионе сохраняется общая тенденция к сокращению числа доноров и донаций за 2017г для дачи крови и ее компонентов всего обратилось 8360 человек, что на 33% меньше по сравнению с 2016годом (12456). Из них на этапе до донации было отведено 16% -1355чел (18% в 2016г-2242чел). В 2017г количество доноров, осуществивших донации, составило 4211, что на 27% меньше (-1597), чем в 2016г. Доля первичных доноров составила за отчетный период 30% (1269) против 38% (2213) в 2016г. Общее число донаций крови и ее компонентов в 2017году снизилось на 32% по сравнению с 2016годом, что обусловлено снижением потребности обслуживаемых мед организаций в продуктах донорской крови.

Количество заготовленной и переработанной донорской крови уменьшилась на 21% и составила 4882л в 2017г против 6202л в 2016.г Эритроцитсодержащих сред заготовлено на 33% меньше по сравнению с 2016г (6023 дозы, против 8975 доз).Заготовка аферезных КТ увеличилась в 2017 г. на 173 дозы, и составила 612 доз против 439 доз в 2016г. Доля полученной плазмы аферезным путем от общего количества приготовленной плазмы в 2017г. составила 25% , что 12% больше чем в2016г.

Обеспечение медицинских организаций безопасными компонентами крови

Всего за 2017год выдано основных компонентов крови (эритроциты, плазма, тромбоциты, крипреципитат) на 14% меньше по сравнению с 2016г. (11346доз против 13138 доз в 2016г)

Количество выданных в МО эритроцитсодержащих компонентов уменьшилось на 9% ( 5642 дозы, против 6203 дозы в 2016г); плазмы всех видов выдано на 24% меньше по сравнению с 2016годом (4865доз, против 6388доз); количество выданных тромбоцитов за отчетный период увеличилось на 35% по сравнению с 2016г.(612доз, против 399доз) и количество выданного криопреципитата увеличилось на 35% (227 доз, против 148доз в 2016г)

Дополнительная обработка продуктов крови: Доля лейкофильтрованных эритроцитсодержащих компонентов в 2017 г увеличилась на 74% (5589 доз, против 1560доз ); доля вирусинактивированных тромбоциты увеличилась в 2017 году на 91% (564 дозы, против 2доз); в 100% случаев выдается свежезамороженная плазма, прошедшая один из методов или сочетание методов дополнительной обработки в 2017 и 2016гг.

 **5.2. Удовлетворенность пациентов услугами медицинской организации. Работа с жалобами.**

С целью улучшения качества обслуживания на основе анализа мнений и предложений пациентов ОЦК ежемесячно проводится анкетирование доноров. По результатам проведенного анкетирования за отчетный период отмечается 100% удовлетворенность пациентов (доноров). Данный факт связан с активной работой отделения комплектования доноров по обеспечению и защите прав доноров.

Проведено 48 вскрытий ящика жалоб и предложений. Жалоб не было. Рекламаций на отпущенную продукцию донорской крови не было. Зарегистрировано 60 обращений СМС через социальные сети сообщества ВК по правам донора, 13 обращений по выдачи необходимых справок и 1 обращение в виртуальную приемную ОЦК. 81% опрошенных знают о Службе поддержки потребителей мед услуг в центре крови.

**5.3. Работа с пациентами, агитационная, разъяснительная работа по привлечению б/в донорства**

В организации проведены следующие мероприятия: март, апрель 2017 обновление 3х стендов ОКД, оформлен новый стенд «Лучшие доноры СКО» (в списке б/в доноры 16 чел.)

14 06.2017г акция «Всемирный день донора крови! « (9 доноров награждены почетными грамотами и ценными подарками за личный вклад в развитие безвозмездного донорства )

 июнь 2017г- участие представителя ОЦК в телепередаче на канале МТРК, Казахстан-Петропавл по привлечению б/в донорства и важности регулярного донорства, приглашение доноров редких групп на донации.

1 августа- акция «Подари жизнь- стань донором!» совместно с участием АО «СК РЭК»

25 августа 2017г проведен семинар ан тему «Права доноров. Соблюдение персоналом прав донора»

14.09.2017г. Статья в газете «Солтүстік Қазақстан» приуроченная развитию добровольного б/в донорства.

14.09.2017г акция приуроченная развитию добровольного б/в донорства. Принимали участие прокуратура СКО,ДУИС по СКО, КГУ Молодежный Ресурсный Центр.

15 09.2017г. «Всемирный день донора костного мозга» (гемопоэтических стволовых клеток ГСК)

1110.2017 акция «Капля крови спасет мир» совместно с Департаментом экологии по СКО и Областным филиалом Общества Красного Полумесяца СКО

22 декабря 20047г. семинар для сотрудников ГУ «Оперативно-спасательный отряд» ДЧС СКО

В течение года была внедрена в практику поздравление доноров с днем рождения. Доноры, посетившие ОЦК в свой день рождения награждеы ценными подарками и СМС оповещения с поздравлением. В течение года проводилась работа по развитию б/в донорства с использованием интернет ресурсов, официального сайта ОЦК и сообщества ВК.

**5.4. Безопасность пациентов**

Центр крови обеспечивает и защищает права доноров.

Разработаны документальные процедуры:

1. по обучению персонала о правах донора, о мониторинге знаний и соблюдения персоналом прав донора, неотложного и эффективного расследования и разрешения предполагаемых случаев нарушения прав донора.

2. по обеспечению приватности и конфиденциальности информации о доноре, получения информированного согласия донора

3. получения обращения от доноров и других заинтересованных сторон

4. обеспечения безопасного сбора крови и качества производимых компонентов крови

 5. наблюдения за донором во время и после сбора крови

 В рамках обеспечения безопасности пациентов центра крови (доноры, реципиенты) осуществлены следующие мероприятия: проведено 11 заседаний СППМУ и ВК, пересмотрены и внесены изменения в Правила деловой этики, Правила оценки компетенций, Правила введения в должность. Внесены изменения в Параметры для проведения внутреннего аудита ОКК, во Внутренние Индикаторы ЛДИ, ОВП, ОЗК, ОТК, ОКК. Разработаны Внутренние Индикаторы кадровой службы, информационной службы, основные индикаторы мониторинга и анализа системы качества ОЦК. Пересмотр СОП во всех подразделениях проводился в плановом порядке.

Для обеспечения качества продуктов крови проведена валидация процесса заготовки отмытых эритроцитов, 2 валидации процесса заготовки аферезных тромбоцитов.

При проведении контроля качества выпускаемых компонентов крови несоответствия не выявлено, следовательно все произведенные компоненты крови в 2017году пригодны к трансфузии.

В феврале месяце внедрен новый UPP протокол заготовки аферезных вирусинактивированных тромбоцитов с применением ресуспендирующего раствора, что позволило сократить время заготовки компонента.

С целью безопасной и эффективной трансфузиологической помощи МО региона Сотрудниками ОЦК проводится внешний аудит мед организаций по организации трансфузиологической помощи. В 2017году проведено 21 аудит.

**5.5.Управление рисками**

 *.*

В ОЦК разработана Программа по управлению рисками с целью осуществления контроля за неблагоприятными событиями, возникшими вследствие профессиональной деятельности сотрудников, нанесении ущерба здоровью сотрудников и доноров или имуществу. Данная программа определяет порядок управления рисками в ОЦК.

**Управление 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 |
|  **Внешние риски** |  |
| Отсутствие единого информационного пространства службы крови | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | 1.Ошибки при переносе информации, предоставляемой региональными центрами крови на бумажных носителях в программу «Инфодонор». 2.Отсутствие информации о лицах, имеющих противопоказания к донорству, проживающих других регионах РК | Создание единой информационной системы крови РК | В стадии разработки | Отсутствие финансирования из республиканского бюджета |
| Отсутствие решения по вопросу переработки донорской плазмы на препараты крови в РК | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | 1.Списание заготовленной плазмы, невостребованной для переливания.  2.Выполнение в неполном объеме заявок медицинских организаций на препарат крови Альбумин 10% | 1.Разработка НД РК по развитию контрактного фракционирования отечественной плазмы за рубежом. | В стадии разработки | Отсутствие НД РК, регламентирующее контрактное фракционирование донорской плазмы за рубежом |
| Сбой (отключение) электроснабжения | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | 1.Нарушение технологического процесса. 2.Брак продукции , находящейся на стадии заготовки или переработки | 1.Автоматическое переключение электроснабжения оборудования критической важности на резервный источник. 2.Обучение персонала правилам работы с электроприборами | 1.Наличие резервного источника . 2.Мониторинг состояния сетей, датчиков и др. оборудования. 3.Контроль знаний сотрудниками алгоритма действий в случае сбоя электроснабжения. |  |
| Отказ городской телефонной связи | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | 1.Несвоевременное принятие и выполнение заявок МО.2.Ухудшение состояния здоровь пациента | 1.Наличие сотовой телефонной связи. 2.Заключение, продление, перезаключение договора на услуги.3.Оплата услуг связи | 1.Контроль за исполнением условий договора. 2.Контроль за своевременной оплатой услуг связи. 3.Наличие сотовой связи |  |
|  **Внутренние риски** |
| Не удовлетворение в полном объеме медицинских организаций в компонентах крови | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | Оказание мед. помощи пациенту не в полном объеме | 1.Наличие 14 дневного или более запаса КК2.Плановая правильная организация заготовки крови | 1.Увеличение запаса по резус отрицательным эритроцитсодержащим КК.2.Формировать группы доноров цитафереза и редких групп крови с резус отрицательной принадлежностью.3.Усиление работы по привлечению доноров с редкой группой крови | Недостаточный запас эритроцитсодержащих компонентов крови. |
|  Безопасность донора | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской услуги в службе крови | 1.Нанесение вреда здоровью донора. 2.Возмещение материального и морального ущерба донору. | 1.Содержание площадей ОЦК в порядке.2.Наличие указателей, предупреждающих знаков. 3.Наличие средств оказания первой медицинской помощи | 1.Контроль качества уборки помещений. 2.Контроль за наличием и использованием сотрудниками указателей, предупреждающих знаков. 3.Контроль за наличием средств оказания первой медицинской помощи. 4.Обучение персонала по оказанию первой медпомощи |  |
| Угроза здоровью реципиента (осложнения и посттрансфузионные реакции) | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | Ухудшение состояния реципиента | 1. Наличие запасов лейкофильтрованных эритроцитсодержащих компонентов с минимальным сроком хранения, карантинизированной лейкофильтрованных и вирус инактивированной СЗП для пациентов декретированных групп.2.Осуществление индивидуального подбора. Проведение дополнительного процесса отмывания | 1.Запас лейкофильтрованных эритроцитсодержащих компонентов с минимальным сроком хранения. 2.Индивидуальный подбор. 3.Трансфузия карантинизированной лейкофильтрованной и вирус инактивированной СЗП, вирусинактивированных тромбоцитов для пациентов декретированных групп |  |
| Угроза здоровья сотрудника | Создание пациент-ориентированной системы оказания медицинской услуги в службе крови | Нанесения вреда здоровью сотрудника | 1.Инструктаж по ОТ и ТБ для сотрудника.2.Наличие СИЗ, предупреждающих знаков.3.Обучающие семинары по санитарно- дезинфицирующему режиму в ОЦК | 1. Проверка знаний сотрудников инструкций ОТ и ТБ. 2. Контроль использования сотрудниками СИЗ |  |
| Поломка медицинского оборудования | Обеспечение качественных медицинских услуг | 1.Нарушение технологического процесса заготовки компонентов крови, 2.Невыполнение заявок МО, материальные затраты на ремонт оборудования | 1.Заключение договоров на ежегодное техническое обслуживание медицинского оборудования и метрологическую поверку измерительного оборудования2.Наличие инструкций по работе на мед. оборудовании.3. Обучение персонала правилам работы и эксплуатации оборудования | 1.Своевременное техобслуживание, поверка и калибровка мед оборудования. 2.Разработка алгоритмов, СОП технического обслуживания, калибровки мед оборудования и действий персонала при поломке оборудования. 3.Контроль за правильностью эксплуатации оборудования. |  |
| Низкая мотивация и отток квалифицированных кадров | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | 1. простаивание высокотехнологичного дорогостоящего оборудования2. Несвоевременное выполнение заявок на КК медорганизаций | 1.Повышение заработной платы2.Повышение квалификации кадров3.Предоставление социального пакета молодым специалистам | 1.Дифференцированная оплата труда2.Оплата прохождения курсов повышения квалификаци3.Оплата арендного жилья молодым специалистам |  |
| Отсутствие достаточного финансирования | Эффективное оказание трансфузиологической помощи населению | Снижение возможности 100% обеспечения мед организаций безопасными в иммунологическом и инфекционном смысле компонентами крови | Формирование бюджетной заявки | 1.Обоснование потребности дополнительных финансовых средств с учетом заявок медицинских организаций на гемопродукты и их себестоимости |  |
| Нарушение правил этики и деонтологии | Создание доброжелательной атмосферы сотрудничества и взаимопонимания в коллективе | возмещение морального ущерба, Снижение авторитета центра крови | 1.Обучающие семинары, тренинги для сотрудников. 2.Разработка этического кодекса, процесса. 3.Расследования и принятия мер по фактом нарушения этических правил. 4.Анкетирование доноров, сотрудников | 1.Разработан этический Кодекс. 2.Контроль за соблюдением сотрудниками этического кодекса.3..Анализ анкет персонала и доноров4. Анализ фактов нарушения этических правил |  |

За 2017 год в ОЦК зарегистрированы несоответствия/инциденты, которые создали предпосылки производственным рискам: связанные с организационными вопросами -1, с оборудованием - 26, произошедшие во время и после донации - 58, при выполнении производственных процессов - 16, нарушение работы автоматизированной информационной системы - 1, угроза здоровью сотрудников (разрыв гемаконов) - 1. Все случаи разобраны, корректирующие и профилактические мероприятия проведены.

В 2017году СППМУ и ВК пересмотрен План предупреждающих действий по несоответствиям/инцидентам, составлен Реестр рисков в ОЦК.

 На постоянной основе проводилась работа по экспертизе донорских карт на соответствие требованиям НД, ежемесячный мониторинг по качеству заполнения медицинской документации; мониторинг неблагополучных событий в отношении доноров; проведена экспертизы донорских карт по оказанию первой медицинской помощи донорам при ухудшении состояния. Проводился постоянный контроль соблюдения стандартов заготовки, переработки, хранения и выдачи компонентов крови.

**РАЗДЕЛ 6. КАДРЫ. КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МОТИВАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПЕРСОНАЛА**

**6.1. Эффективность HR-менеджмента**

Для внедрения новых технологий в ОЦК ведется работа по организации и проведению мастер-классов специалистами ОЦК и менеджерами фирм поставщиков медоборудования . В феврале 2017г проведен мастер- класс представителем ТОО «CINA PHARM» по внедрению нового UPP - протокола заготовки аферезных вирусинактивированных тромбоцитов с применением ресуспендирующего раствора. Специалист ОЗК центра крови обучился на мастер-классе НПЦТ

В целях повышения профессионального уровня кадров за отчетный период в учебных базах Республики Казахстан обучились 9 сотрудников ОЦК,, из них врачи – 4, СМР –5.

За отчетный период отмечается положительная динамика по некоторым индикаторам: в сравнении с плановыми значениями увеличилось количество врачебного и среднего медицинского персонала, прошедшего обучение/переподготовку (план 5, обучилось 9 человек). С целью определения удовлетворенности персонала, ежегодно СППМУ и ВК проводит анкетирование персонала на предмет удовлетворенности условиями труда и работодателем - отмечается рост уровня удовлетворенности персонала Текучесть кадров за отчетный год снизился на 1% и составляет 13 %, из них уровень текучести врачей – 0 % , СМР –4 % , ММП – 2%, прочий персонал -7 % .

Совершенствование системы профессионального развития среднего на 5% от плана 2017года (уровень удовлетворенности персонала 2016 г. – 80%; 2017 г. – 85% при запланированных 80% в 2016, 2017гг.). медицинского персонала, включая расширение его прав и полномочий:

В ОЦК особое внимание уделяется профессиональному развитию медицинских сестер, включая расширение их прав и полномочий, улучшение клинических навыков и этического поведения. В связи с этим в 2017 году повышение квалификации на базе Северо-Казахстанского медицинского колледжа прошли 11 сотрудников; проведено семинаров 12, конференций 4, лекций 7. Во всех семинарах принимали участие специалисты сестринского дела подразделений центра крови. Квалификационные категории имеют 26 сотрудников. Высшая категория -18, первая-3, вторая категория- 5 человек. Для внутреннего аудита разработаны:

1 индикаторы качества деятельности мед сестры ОЗК

2. индикаторы качества деятельности среднего мед работника отделения лабораторной диагностики

3. индикаторы качества деятельности старшей медсестры и старшего лаборанта

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

 Совершенствование системы мотивации и удержания лучших сотрудников:

Разработка и внедрение дифференцированной системы оплаты труда.

Согласно положения об оплате труда медицинских работников КГП на ПХВ «Областной Центр крови», руководитель имеет право устанавливать стимулирующие надбавки к должностному окладу. Стимулирующие надбавки устанавливаются с целью повышения качества оказания медицинских услуг и направлены на усиление материальной заинтересованности и повышения ответсвенности за своевременное и качественное выполнение ими поставленных задач, своих трудовых обязанностей.

 Стимулирующие надбавки устанавливаются на основе индивидуальной оценки администрацией предприятия труда каждого работника и его личного вклада в обеспечение выполнения предприятием установленных задач и договорных обязательств.

 Стимулирующие надбавки работникам устанавливаются при наличии свободных денежных средств, которые могут быть направлены стимулирование без ущерба для основной деятельности предприятия.

 Стимулирующие надбавки работникам производятся на основании приказа руководителя предприятия, устанавливающего размер надбавки каждому работнику, учитывая квалификацию, профессионализм, фактическую нагрузку, сложность и напряженность в труде. Основными показателями, для медицинского работника, дающего право на стимулирующую надбавку, являются критерии оценки деятельности.

 Дифиринцированная оплата трудв в Областном Центре крови производится за счет платных услуг, согласно утвержденного руководителем приказа. Оплата заработной платы сотрудникам осуществляется ежеквартально, в зависимости от их личного вклада в выполении платных услуг. В 2017г. в Областном Центре крови за счет платных услуг было выплачено заработной платы сотрудникам в сумме 2 825,6 тыс.тенге.

**6.3 Нематериальная мотивация, в том числе повышение потенциала**

 Развитие корпоративной культуры и поддержание корпоративных ценностей:

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

За отчетный период проведены 7 корпоративных мероприятия в честь празднования «Международного женского дня», «Дня независимости», «22 марта Наурыз», «День медицинского работника» «День независимости», «Праздник единства народа Казахстана» и «День Конституции»

 По запросу Министерства здравоохранения РК, Управления здравоохранения проведена работа по подготовке наградных материалов для награждения почетными грамотами, благодарственными письмами работников центра крови в честь празднования Международного женского дня, Наурыз-мейрамы, Дня независимости награждено 12 человек

 Составление индивидуальных планов развития работников на соответствующий год.

 В ОЦК разработаны и приняты к работе следующие документы: «Правила обучения и профессионального развития персонала», «Правила оценки профессиональной деятельности работников для определения соответствия занимаемой должности».

 Согласно Правилам общий План развития сотрудников на предстоящий год составляется отелом кадров, Индивидуальные планы развития на предстоящий год составляются сотрудниками в конце текущего года, находятся на самоконтроле. За отчетный год оценка профессиональной деятельности сотрудников проведена с 20 по 23 декабря 2017 года (охвачено 100% подлежащего контингента сотрудников)

 Всего за отчетный период количество сотрудников, уволенных по собственному желанию 16 человек: врачи – 0, СМР –6 , ММП –3 , прочие 7. Количество сотрудников, уволенных по уважительным причинам – 16, из них по причинам увольнения: 6 сотрудников – выход на пенсию, 2 – переезд в другой город, 8 – перевод на другую работу.

**6.4 Управление рисками**

Обеспечение безопасными и эргономичными условиями труда медицинского и немедицинского персонала.

За 2017 год ответственными лицами по ТБ, ОТ, ПБ, ЧС проведена следующая работа:

* ежегодные инструктажи с последующей проверкой знаний сотрудников в области безопасности и охраны труда прошли 115 сотрудников;
* проведено 11 вводных инструктажей с вновь принятыми на работу;
* ежедневный обход подразделений центра крови, подсобных подразделений, территории с целью организации производственного экологического контроля
* Департаментом по ЧС СКО проведена проверка на соответствие требований законодательства РК в области пожарной безопасности
* УПЭ ДВД СКО проведена проверка на предмет соответствия требованиям антитеррористической защиты объектов, уязвимых в террористическом отношении
* Внешней сертифицированной компанией проведена аттестация рабочих мест.

Электротехнический персонал по знанию норм и правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок обучен на базе ТОО «Казэнергоэкспертиза», имеет 4 группу допуска

Случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2017 году не было

 **РАЗДЕЛ 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

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

Аккредитация ОЦК на соответствие Национальным Стандартов для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, запланирована на 2019год.

Подготовка к прохождению аккредитации осуществляется в плановом порядке.

- в процессе разработки Руководство по качеству ОЦК,

- разработаны новые индикаторы в кадровой службе, информационной службе;

- внедрены индикаторы качества работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы в каждом подразделениях;

- разработана Политика. процессы и процедуры по сбору, производству компонентов крови

- пересмотрены 5 Правил для сотрудников, описывающие процессы и процедуры от приема донора в регистратуре до выдачи заготовленного от него компонента крови, а также внедрены формы медицинской документации, в соответствии с требованиями НД;

- в соответствиии Стандарта 15.0 (отчетность по отклонениям, несоответствиям и неблагоприятным событиям в отношении доноров) переутверждено Положение Комиссии по несоответствиям производственной деятельности, разработана Карта процесса по управлению несоответствиями

- пересмотрены процессы и процедуры по готовности ОЦК на случай аварийной ситуации

- в соответствии Стандарта 12.0 разработана Программа профессиональной гигиены труда.

- пересмотрены 58 Стандартных операционные процедуры (СОПы) для среднего и младшего медицинского персонала, соответствующие международным стандартам;

**7.2. Управление структурой доноров (ранжирование по категориям, развитие донорства гемопоэтических стволовых клеток (далее – ГСК) Республики Казахстан).**

 В регионе сохраняется общая тенденция к сокращению числа доноров. За 2017г для дачи крови и ее компонентов всего обратилось 8360 человек, что на 33% меньше по сравнению с 2016 годом (12456).

 Доля первичных доноров в 2017г составила 30% (1269), что на 8% меньше чем в 2016г 38% (2213). Доля регулярных доноров сдавших кровь 3 и более раз, плазму 12 и более раз в году, за отчетный период составила 13% ( 540 чел), против 12% (672 чел). Доля безвозмездных доноров в 2017году увеличилась до 91,2% (6387), против 83%(8473) в 2016г Доля платных доноров соответственно уменьшилась в 2017г на 8,2% и составила 8,8% (618), против 17% (1754).

 Платные доноры делятся на доноров крови, клеток и плазмы. За отчетный период произошли изменения в структуре платных доноров, а именно в 2017г уменьшилось кол-во доноров крови на 47% ( 330чел , против 623 в 2016г) по причине общей тенденции снижения числа донаций, доноров плазмы уменьшилось на 100% (797 в 2016г против 0 в 2017г) т.к. приоритетной задачей центра крови определено развитие безвозмездного донорства, число доноров клеток остались почти на одном уровне (288 в 2017г и 334 в 2016г) т.к этот компонент крови заготавливается только по заявкам МО.

 С 2016года ОЦК принимает участие в создании реестра доноров гемопоэтических стволовых клеток (далее – ГСК) Республика Казахстан. Всего потенциальных доноров ГСК на начало отчетного года 316 чел, исключено по различным объективным причинам 12 человек и на конец 2017г всего потенциальных доноров ГСК 304 донора.

 **7.3. Управление лекарственными препаратами, медицинскими изделиями.**

 В ОЦК в области лекарственной безопасности разработаны и приняты к действию следующие СОПы: «Проведение входного контроля лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения», «Правила хранения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», «Порядок транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»,, « Порядок хранения, транспортировки и использовния диагностических препаратов», « Порядок хранения , транспортировки и использования дезинфицирующих препаратов», «Порядок уничтожения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности» Основание: Приказ и.о. Министра нац. экономики РК от 24.02.2015г. № 127 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно – эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» Приказ МЗСЦ РК от 24.04.2015г. № 262 «Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» , Приказ МНЭ РК от 04.02.2015г. № 76 «Об утверждении Правил хранения, транспортировки и использования профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов», Приказ МЗСР РК от 26 августа 2015 г. № 687 « Об утверждении Правил уничтожения лекарственных средств, изделий медицинского назначения, и медицинской техники, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности», Приказ МЗСР РК от 26 января 2015 г. № 32 « Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республики Казахстан».

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

Областной центр крови оснащен современным высокотехнологическим оборудованием для заготовки, переработки, тестирования донорской крови и ее компонентов ведущих мировых фирм производителей:

1. Для обеспечения вирусинактивации компонентов крови (тромбоцитов и свежезамороженной плазмы) используется системы Intercept INT 100 США.

2. Заготовка тромбоцитов методом аппаратного цитафереза проводится на автоматическом сепараторе крови MCS+ «Haemonetics», США.

3. Заготовка плазмы методом аппаратного плазмафереза проводится на аппарате РCS2 «Haemonetics», США.

4. Для автоматизации процесса получения различных компонентов крови используется экстрактор GIOTTO Delcon Италия

5**.** Для лабораторного исследования образцов донорской крови на инфекционные маркеры внедрен автоматический анализатор закрытого типа Architect i 1000 SR «Abbot» (США) для проведения иммунохемилюминисцентного анализа и закрытая система Cobas 200 для молекулярно-биологического исследования

6. Для качественного и точного исследования по подсчёту клеток крови применяются современный автоматический гематологический анализатор Sysmex XS1000i (Япония) и полуавтомат Micro CC-20 Plus (Россия)

7. Внедрен автоматический биохимический анализатора Beckman Coulter AU 480, производитель USA. анализатор Interlab G 26 производство Италия для исследования образцов донорской крови на белок и активность печеночных ферментов.

Для тестирования образцов донорской крови на маркеры трансфузионных инфекций используются реагенты 4 поколения. В феврале месяце 2017г. внедрен новый протокол заготовки аферезных вирусинактивированных тромбоцитов (с применением ресуспендирующего раствора) на аппарате HAEMONETICS МCS+ что позволило сократить время заготовки компонента.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение 1**

**Результаты достижения целевых индикаторов стратегических направлений в соответствии со стратегическим планом\***

**Стратегическое направление 1 (финансы)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года****(1-й год)** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *1* | Рентабельность активов ( ROA) | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 0,5 | 0,5 | Достиг |
| *2* | Кредиторская задолженность  | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 0 | 0 | 0 |
| 3 | Увеличение прибыли предприятия  | % | Финансовая отчетность | Главный бухгалтер | 1796,5 | 1796,5 |  Достиг |

**Стратегическое направление 2 (клиенты)**

**Индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года****(1-й год)** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *1* | Удовлетворение потребности медицинских организаций региона в компонентах крови  | % | мониторинг основных показателей | Директор | 100 | 100 | Достиг |
| *2* | Количество донаций крови и ее компонентов на 1000 населения  | донации | мониторинг основных показателей  | Директор  | 13 | 13 | Достиг |
|  | Уровень удовлетворенности доноров качеством медицинских услуг | % | Анкетирование | Заместитель директора по МЧ | 100 | 100 | Достиг |
|  | Отсутствие обоснованных жалоб | количество | Протокол СППМУ и ВК | Заместитель директора по МЧ | 0 | 0 | достиг |
| *3* | Наличие свидетельства об аккредитации  медицинской организации | да/нет | Териториальный департамент ККМФД МЗРК | Директор | нет | нет |  достиг  |

**Стратегическое направление 3 (обучение и развитие персонала)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года****(1-й год)** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | соотношение средней заработной платы на 1 ставку врача к средней заработной плате | соотношение | финансовая отчетность  | экономист | 1,2 | 1,2 | Достиг |
| 2 | Текучесть производственного персонала  | % | Статистические данные | Отдел кадров  | 13 | 13 | Достиг |
| 3 | Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников) | % | Статистические данные | Отдел кадров  | 72,7 | 72,7 | Достиг |
| 4 | Уровень удовлетворенности персонала | % | Анкеты | Отделение контроля качества | 80 | 85 | Достиг |
| 5 | Доля сотрудников, прошедших повыщение квалификации, переподготовку | % | Статистические данные | Отдел кадров | 100 | 100 | достиг |

**Стратегическое направление 4 (внутренние процессы)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Ед. измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **План на отчетный год** | **Факт отчетного года****(1-й год)** | **Статус достижения (достиг/не достиг)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| *1* | Доля б/в донаций  | *%* | Мониторинг основных показателей  | Заместитель директора по МЧ | 90 | 91 | Достиг |
| *2* | Доля донаций крови и ее компоненттв , признанных непригодными к переливанию | *%* | Мониторинг основных показателей  | Заместитель директора по МЧ | 2 | 2 | Достиг |
| *3* | Лабораторный контроль качества заготавливаемых компонентов донорской крови согласно Стадартам  | *%* | Данные ОКК | Заместитель директора по МЧ | 100 | 100 | достиг |
| *4* | Соответствие качества заготавливаемых компонентов донорской крови установленному Стандарту(должно быть 75-100%) | *%* | Данные ОКК | Заместитель директора по МЧ | 75-100 | 99,3 | достиг |