**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Директор ГКП на ПХВ**

**«Алматинский областной**

**кожно- венерологический**

**диспансер»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Г. Калдыбаева**

**«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.**

**СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН**

**Государственного коммунального**

**предприятия на праве хозяйственного ведения**

**«Алматинский областной кожно-венерологический диспансер»**

**на 2023 - 2027г.**

**г. Алматы**

**СОДЕРЖАНИЕ:**

**I.** **Введение:**

1.1 Миссия;

1.2 Видение;

1.3 Ценности и этические принципы;

II. **Анализ текущей ситуации ГКП на ПХВ «Алматинский кожно-венерологический диспансер» (далее – АОКВД):**

2.1 Анализ факторов внешней среды;

2.2 Анализ факторов внутренней среды;

2.3 SWOT- анализ;

2.4 Анализ управления рисками;

**III 3. Стратегические направления, цели и целевые индикаторы:**

3.1. Укрепление здоровья населения (клиенты);

3.2. Повышение эффективности управления АОКВД (внутренние процессы);

3.3. Развитие системы кадровых ресурсов (обучение и развитие персонала);

3.4. Укрепление материально- технической базы (финансы) и необходимые ресурсы

**Стратегический план** содержит описание развития ГКП на ПЪВ «Алматинский областной кожно-венерологический диспансер» ближайшее время и долгосрочной перспективе.

**I.** **Введение:**

* 1. **Миссия:** Улучшениездоровья и качества жизни населения путем предоставления специализированной дерматовенерологической помощи с использованием современных методов диагностики и лечения.
  2. **Видение:** Стать ведущим организацией дерматологии и венерологии, соответствующим международным стандартам по оказанию пациент-ориентированной медицинской помощи, на основе постоянного совершенствования и повышения качества оказываемых медицинских услуг в условиях постоянно развивающейся конкурентной среды.

**1.3. Ценности и этические принципы:**

Принципы деятельности организации станут неотъемлемой частью становления клиники передовой моделью здравоохранения по области. Принципы будут надежной основой в поддержании миссии по улучшению здоровья населения.

Уважение – уважение достоинства и личности пациентов.

Целостность – сохранение провозглашённых принципов и высоких стандартов, демонстрация высокого уровня доверия и порядочности как в отношениях с пациентами, так и внутри коллектива организации.

Коллегиальность – постоянный самоанализ и сотрудничество, а также создание системы доверия на основе приоритета ответственности по выполнению объема работы.

Открытость– соблюдение принципов честности и порядочности в личностных и коллективных действиях.

Профессионализм – направленность всех своих лучших знаний, возможностей и опыта на достижение высокого результата во благо пациента и коллектива организации на основе постоянного развития и непрерывного обучения.

**II. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ ГКП на ПХВ «Алматинский областной кожно-венерологический**

**диспансер»:**

Стратегические ориентиры настоящего документа соответствуют основным направлениям Кодекс Республики Казахстан № 360-VI ЗРК от 07.07.2020г. «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также Постановления Правительства Республики Казахстан №982 от 26.12.2019г «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы». В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения начата реализация новой Государственной программы развития здравоохранения на 2020-2025 годы, в которой одним из основных приоритетных направлений является развитие доступного и качественного здравоохранения в Казахстане. На оснований приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан ҚР ДСМ № 136 от 19.10.2020 г. «Об утверждении перечня процедур и манипуляций, включенных в специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях» медицинской организацией оказываются профилактические, диагностические и лечебные услуги при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, включающей проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Оказание консультативно-диагностической помощи пациенту в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется по направлению врача первичной медико-санитарной помощи или другого профильного специалиста согласно постановления Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года №2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Современные тенденции развития здравоохранения, направленные на более эффективное использование материальных и кадровых ресурсов, усиление профилактики, повышение качества лечебно-диагностического процесса, требуют проведения системных структурно-организационных преобразований отрасли. Внедрение Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), пациентам предоставляет право выбора врача и медицинского учреждения и позволяет создать конкурентную среду среди медицинских организации, путем обеспечения прозрачности оказываемых медицинских услуг и ориентации на конечный результат. В ГКП на ПХВ «Алматинский областной кожно-венерологический диспансер» оказывает медицинские услуги в соответствии с существующими стандартами и НПА в области здравоохранения РК:

- консультативно-диагностической и лечебной помощи в рамках ГОБМП населению РК в объеме определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения в соответствии с законодательством РК;

- платных медицинских услуг населению, а также юридическим лицам;

-специализированной, квалифицированной амбулаторно-поликлинической и стационарозамещающей медицинской помощи для взрослого и детского населения.

Кожно-венерологический диспансер во главе с Казахским Научным Центром Дерматологии и инфекционных заболеваний (далее- КНЦДИЗ) анализирует показатели заболеваемости и распространенности дерматологической патологии и ИППП.

**2.1. Анализ факторов внешней среды:**

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) занимают особое место в дерматовенерологии. Общее число больных ИППП (вновь зарегистрированных случаев) в 2021 г.- 1202 сл. (87,8 на 100 тыс. нас.), против 1651 сл. (111,6 на 100 тыс. нас.) - в 2022 г. В динамике возрос интенсивный показатель заболеваемости ИППП + 1,2 раза. Зарегистрировано случаев врожденного сифилиса - 6 сл. (2021г.), против 1 сл. (2022г.).

В структуре кожной патологии лидирующие места занимают псориаз и атопический дерматит, паразитарные

заболевания кожи. Вместе с тем в 2022 году возрос уровень заболеваемости: атопического дерматита с 198 сл. (2021г.) до 230 сл. (2022г.) в 1,1 раз; псориаза с 211 сл. (2021г.) до 278 сл. (2022г.) в 1,3 раза; дерматомикозов с 136 сл. (2021г-.) до 145 сл. (2022г.) в 1,1 раза.

**2.2. Анализ факторов внутренней среды:**

В диспансере функционируют 3 структурных подразделения: поликлиника, стационар и специализированная лаборатория, которая оснащена современными оборудованиями.

Прием ведут 4 – дерматовенеролога из них высшей категории –2.

Обслуживание пациентов проводится по графику с 8.00 часов до 17.00 часов. Предусмотрено введение цифрового формата ведения амбулаторных больных, что позволит обеспечить уменьшение количества очередей, разгрузку регистратуры и экономию времени пациентов. Благодаря внедрению электронной записи пациентов будет достигнута прозрачность очередности. Наиболее экономично и эффективно используется сложное и уникальное оборудование, широко применяются современные средства и методы диагностики, организационные и медицинские технологии. Выбор технологий осуществляется на основе принципов доказательной медицины. Внедрены и оказываются такие виды высокотехнологичных медицинских услуг с применением урологического аппарата «Андро-Гин», лампа УФО для проведения физиотерапии. В диспансере проводятся исследования кожного покрова с применением дерматоскопа, что позволяет проводить дифференцировку между доброкачественным и злокачественным образованием перед удалением доброкачественных новообразований (папиллом, кондилом, бородавок и т.д.). Для совершенствования методов удаления новообразований предусмотрено. в 2024 году приобретение лазерного аппарата СО2 с косметологическим креслом. Для проведения микроскопического исследования волос и кожи также предусмотрено в 2024 году приобретение трихоскопа.

В областном диспансере функционируют круглосуточный и дневной стационары с коечным фондом 60 и 9 коек соответственно. В текущем году и в дальнейшем предусмотрено расширение коечного фонда круглосуточного стационара до 80 коек. Рациональное использование коечного фонда стационаров позволяет оптимизировать распределение ресурсов и обеспечить более эффективное оказание медицинской помощи пациентам.

С целью повышения эффективности лабораторного сервиса в клинико – диагностических лаборатории в 2000 году была проведена оптимизация - централизация лабораторных служб ЦРБ, ЦГБ районов и городов области на базе КДЛ ГКП на областного диспансера с единой информационной системой, автоматизированными диагностическими системами по диагностике ИППП. Это позволяет проводить исследования с наибольшим удобством для врачей и пациентов, предоставляет полный спектр лабораторных услуг, включая практически все микробиологические, серологические, иммунологические исследования. Экономическая эффективность данного проекта централизации лабораторной службы значительно снизила расходы от общего расхода всех лабораторий ПМСП. Проводятся исследования с использованием: HumaLyzer primus – биохимический анализатор полуавтоматический, гематологический автоматический анализатор HumaCount 80, автоматический иммуноферментный микропланшетный ридер-Stat Fa[ 4200, аквадистиллятор, микроскопы, мочевой анализатор-Combilyzer, весы лабораторные, шейкер, вошер-CombiWash. Все это позволяет иденфицировать амбулаторную деятельность специалистов, расширять спектр услуг для населения, оказывать наряду с гарантированным объемом платные услуги. Дальнейшее улучшение деятельности лабораторной службы в 2024-2025 годах предусматривает внедрение новых методов исследования ПЦР, ИХЛ для проведения лабораторной диагностики кожных и венерических заболеваний.

Руководство диспансера стремится к внедрению передовых инноваций, позволит мобильности рабочего процесса с оказанием качественных услуг пациентам.

**Переспективы:**

1. Обучение медицинских работников из средств поликлиники как внутри страны, так и за ее пределами

2. Дальнейшее повышение качества медицинских услуг.

3.Цифролизация работы поликлиники: внедрение электронной медицинской карты.

4. Внедрение новейших технологии по лабораторной диагностике.

**Ключевые показатели деятельности ГКП на ПХВ «Алматинский областной кожно-венерологический**

**диспансер»:**

**Таблица 1. Показатели деятельности:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Индикаторы** | **2021г** | **2022г** | **выполнение** |
| 1. | Оборот койки | 15,9 | 14,9 | снижение |
| 2. | Средняя длительность пребывания больного на койке | 16,1 | 14,5 | снижение |
| 3. | Занятость койек или среднее число работы койек | 257,7 | 217,6 | снижение |
| 4. | Факты необоснованной госпитализации | 0 | 0 | достигнут |
| 5. | Показатель повторного незапланированного поступления в течении месяца по поводу одного и того же заболевания | 0 | 0 | достигнут |
| 6. | Показатель внутрибольничной инфекции | 0 | 0 | достигнут |
| 7. | Показатель заболеваемости сифилисом среди населения области | 10,6 | 7,5 | снижение |
| 8. | Показатель врожденного сифилиса | 1,2 | 0,2 | снижение |

**Таблица 2. Структура обращений пациентов в ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **2021г.** | **2022г.** |
| **Всего обращений** | **7 826** | **6 810** |
| из них: |  |  |
| Call-центр | 76 | 81 |
| Через книгу жалоб и предложений | 0 | 0 |
| **Структура обращений** | 7750 | 6729 |
| -консультации | 7737 | 6713 |
| -жалобы на качество оказания медпомощи (в плане обследования) | 4 | 3 |
| -жалобы на качество оказания медпомощи (в плане лечения) | 1 | 1 |
| -жалобы на недостатки в работе регистратуры | 0 | 0 |
| -нарушение этики и деонтологии | 0 | 0 |
| -благодарности | 8 | 12 |
| Обоснованные жалобы | 0 | 0 |

В структуре обращаемости по областному диспансеру за 2022г. отмечается уменьшение числа обращений населения по вопросам оказания медицинской помощи по сравнению с аналогичными периодом 2021г.Динамика числа обращений пациентов на качество оказания медицинской помощи за последние 2 года имеет положительную тенденцию (2022г. -11, 2021г. -1), аналогичная динамика числа обращений на нарушение этики и деонтологии сотрудников нет. За 2021- 2022г.г. обоснованных жалоб пациентов по диспансеру нет. В связи с обращениями граждан с сотрудниками диспансера на еженедельных планерках регулярно и при необходимости индивидуально с отдельными сотрудниками проводится беседа по вопросам оказания медицинской помощи населению. Все обращения разобраны Службой поддержки пациента и внутреннего аудита, составлены протоколы разборов, даны ответы заявителям в письменной или устной форме в срок, пожелания пациентов удовлетворены в полном объеме. В каждом отделении диспансера разработаны внутренние индикаторы, характерные для данного отделения. Ежемесячно службой поддержки пациента и внутреннего аудита проводится мониторинг по выполнению внешних и внутренних индикаторов, осуществляются дополнительные выплаты (дифференцированная оплата).

**2.3 SWOT- анализ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Сильные стороны** | **Слабые стороны** |
| **Клиенты** | 1.Пациенториентированность; 2.Отсутствие обоснованных жалоб; 3.Высокий спрос на получение клинико-диагностических услуг (КДУ) в рамках ГОБМП/ОСМС; 4.Высокий уровень удовлетворенности качеством оказываемых услуг (по поликлинике - 90%, по стационару - 100%). | 1.Возможный низкий спрос на платные консультативные услуги; 2.Конкурентоспособность других медицинских организаций в оказании дерматовенерологических услуг;  3. В районах и городах области низкая укомплектованность штатных должностей дерматовенерологами |
| **Процессы** | 1.Оперативное предоставление результатов диагностических исследований; 2.Соблюдение протокола диагностики и лечения (ПДЛ);  3.Стабильная эпидемиологическая ситуация по паразитарным заболеваниями и ИППП. | 1.Отсутствие протокола диагностического лечения (ПДЛ) на некоторые дерматологические нозологии; 2. Износ оборудования; |
| **Обучение и развитие** | 1.Наличие квалифицированных кадров; 2.Высокий уровень категоричности врачей  (90%) и СМР (98%); 3.Систематическое повышение квалификации медицинского персонала за последние 5 лет - врачи - 100%, СМР - 100%. | 1.Низкая зарплата средних медицинских работников, младшего персонала и работников АХЧ. |
| **Финансы** | 1.Устойчивое и своевременное финансирование организации в рамках ГОБМП/ОСМС; 2.Возможность получения дополнительной потребности в финансовых средствах при обосновании. | 1.Низкая добавленная стоимость на консультативно-диагностические услуги; 2.Низкий тариф пролеченного случая в стационаре по КЗГ;  3.Установка линейной шкалы, что затрудняет лечение пациентов;  4.Возможный низкий спрос на платные услуги в связи с низкой платежеспособностью населения. |
|  | **Возможности** | **Угрозы** |
| **Клиенты** | 1.Высокая потребность в специалистах-дерматовенерологах; 2.Расширение перечня платных услуг (криотерапия, физиотерапия, дерматокосметологические процедуры), не входящих в ГОБМП/ОСМС. | 1.Рост ИППП при недостаточном выявлении при профосмотрах и низком % розыска источников и контактов лиц с ИППП; 2.Рост аллергических, аутоиммунных заболеваний вследствие ухудшения экологической обстановки; 3.Отток пациентов в другие клиники. |
| **Процессы** | 1.Внедрение инновационных методов диагностики и лечения;  2.Оказание дерматовенерологической помощи в соответствии с международными стандартами. | 1.Недостаточно бюджетных средств для приобретения современных медицинских оборудований. |
| **Обучение и развитие** | 1. Получение высшего сестринского образования. |  |
| **Финансы** | 1.Устойчивое и своевременное финансирование в рамках ГОБМП/ОСМС; 2.Расширение перечня платных услуг (криотерапия, физиотерапия, дерматокосметологические процедуры). | 1.Рост цен поставщиков оборудования, лекарственных средств и расходных материалов. |

**2.4 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** |
| **Внешние риски** | | | | | |
| 1.Угроза роста ИППП, в т.ч. среди подростков и лиц молодого возраста. | Удержание заболеваемости ИППП, в т.ч. среди возрастной группы 15-17 лет. | Увеличение заболеваемости ИППП. | Усиление профилактической работы среди населения, контроль за обследованием населения на сифилис в организациях ПМСП с 12-летнего возраста, увеличение количества розыска контактов и источников ИППП. |  |  |
| **Внутренние риски** | | | | | |
| 1.Укомплектование 100% врачебными кадрами с учетом норм нагрузка на врачебный персонал. | Повышение качества медицинских услуг. | Снижение производительности труда. | Обновление кадрового состава, обучение молодых специалистов в резидентуре. |  |  |
| 2.Износ оборудования. | Срыв выполнения плана диагностических исследований. | Снижение доступности и качества оказываемых услуг. | Своевременный закуп оборудования, ремонт. |  |  |

**III. Стратегически направления, цели и целевые индикаторы:**

3.1. **Укрепление здоровья населения (клиенты):**

Для профилактики врожденного сифилиса основной задачей является охват беременных под серологический контроль 100% методом реакции пассивной гемагглютинации при постановке на учет, в сроке беременности 28-30 недель и 34-36 недель.При поступлении беременных женщин на роды без результатов трехкратного обследования и (или) обследованных однократно за 3 (три) недели и более до поступления на роды проводится быстрыми методами диагностики (одиночное экспресс-тестирование на сифилис или двойное экспресс-тестирование на ВИЧ/сифилис или РМП на сифилис с последующим обследованием РПГА) на основании приказа МЗ РК №43 от 20.03.2023г. «Об утверждении стандарта организации оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан». Учеба ПМСП – охват мед организаций проведение вебинаров, семинаров лекций мастер классов (документально подтвержденных) – стремится к 100%. Индикатор: удельный вес пациентов, больных хронических рецидивирующими дерматозами, взятых под динамическое наблюдение (на примере псориаза) 2021-2022г.г. – 100% Задача: удельный вес пациентов со средне-тяжелым течением псориаза, получающих системное лечение в соответствие с современными международными стандартами (маркер - псориаз). Удельный вес пациентов, больных орфанными (буллезный эпидермолиз) 2020 факт – задача 100% охват детей получающих перевязочных материал 2021 -2022г.г. - 100%

**3.2 Стратегическое направление Повышение эффективности управления КВД (внутренние процессы)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование целевого индикатора** | **Единица измерения** | **Источник информации** | **Ответственные** | **Факт 2022г.** | **План (годы)** | | | | |
| **2023г.** | **2024г.** | **2025г.** | **2026г.** | **2027г.** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  | **Целевые индикаторы** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Обоснованных жалоб не допущено | 1 случай | Журнал регистрации обращений и жалоб, отчёт отделения СПП и ВА, метод «таинственный посетитель». | Заведующий диспансерным отделением службы поддержки пациентов и внутреннего аудита (СПП и ВА -  Рашидов И.М.  Заведующая стационарным отделением –Тохтиева З.А. | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 2. | Повышение уровня удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи. | 95% | Результаты анкетирования  положительный | Заведующий диспансерным отделением службы поддержки пациентов и внутреннего аудита (СПП и ВА -  Рашидов И.М. | 85% | 95% | 96% | 97% | 98% | 99% |
| 3. | Повышение уровня удовлетворенности мед. персонала. | 98% | Результаты анкетирования  положительный | Заведующий диспансерным отделением службы поддержки пациентов и внутреннего аудита (СПП и ВА -  Рашидов И.М.  Заведующая стационарным отделением –Тохтиева З.А.  Специалист отдела кадров  Жайлаубай А.Ж. | 95% | 98% | 98% | 98% | 99% | 100% |
| **Задачи** | | | | | | | | | | |
|  | **Показатели результатов** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Повышение уровня соответствия стандартам аккредитации на основе самооценки ОКВД (% от общего количества стандартов), улучшение показателей соответствия медицинской помощи индикаторам внешнего и внутреннего аудита). | 0% | Акредитация не проводилась в областном диспансере из-за отсутствия собственного здания | Заведующий диспансерным отделением Рашидов И.М.  Заведующая стационарным отделением –Тохтиева З.А  Заведующая КДЛ  Казыбаева Э.А. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. | Переход на безбумажное ведение медицинской документации. | 90% | МИС «Жетысу» | Заведующий диспансерным отделением Рашидов И.М.  Заведующая стационарным отделением –Тохтиева З.А  Заведующая КДЛ  Казыбаева Э.А. | 90% | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3. | Увеличение доли пациентов, выписанных с улучшением. | 96% | ЭРСБ | Заведующий диспансерным отделением Рашидов И.М.  Заведующая стационарным отделением –Тохтиева З.А | 96% | 96% | 97% | 98% | 9%9 | 100% |
| 4. | Снижение внутрибольничной летальности при плановой госпитализации. | абс. число | медицинская карта стационарного больного, данные из ЭРСБ, КМИС | Заведующая стационарным отделением –Тохтиева З.А | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **5** | Снижение показателя повторной госпитализации (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания). | абс. число | медицинская карта стационарно- го больного, данные из ЭРСБ, МИС «Жетысу» | Заведующая стационарным отделением –Тохтиева З.А | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **6** | Количество случаев ИСМП. | абс. число | медицинская карта стационарно-го больного, отчетные данные | Заведующие отделениями, врач эпидемиолог | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**3.3 Стратегическое направление Развитие системы кадровых ресурсов (обучение и развитие персонала)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование целевого индикатора, показателей результатов** | **Ед.**  **измере ния** | **Источник информации** | **Ответ**  **ственные** | **Факт тек.**  **года** | **План (ГР)** | | | |  |
| **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  | **Целевые индикаторы** | | | | | | | | | |
| 1. | Снижение  текучести кадров | % | Стат. Данные | Инспектор кадра | 8 | 6 | 5 | 4 | 3 | 1 |
| 2. | Доля персонала  прошедшего обучение,  переподготовку  зарубежном | % | Стат. данные | Специалист по кадрам | 0 | 1 | 3 | 5 | 5 | 10 |
|  | **Обеспечение непрерывного профессионального развития персонала с освоением дополнительных диагностических методов** | | | | | | | | | |
|  | **Показатели результатов:** | | | | | | | | | |
| 1. | Уровень  категорированности медицинского персонала со стажем работы не менее 5 лет, в т.ч. | % | Стат. данные | Инспектор кадра | 75 | 85 | 95 | 100 | 100 | 100 |

**3.4. Стратегическое направление Укрепление материально- технической базы (финансы)**

Для достижения цели и решения стратегических вопросов в рамках реализации стратегического плана организации

необходимы финансовые ресурсы

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ресурсы** | **Ед.измер ения** | **План**  **(2023)** | **План (2024)** | **План**  **(2025)** | **План (2026)** | **План**  **(2027)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |  |  |
| **1.** | Финансовые всего, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Доход оказание услуг в системе ГОБМП И ОСМС | тыс.тг | 259054 | 387876 | 604253 | 755529 | 1852187 |
| **3.** | Доход от реализации платных медицинских услуг | тыс.тг | 22448 | 29182 | 37937 | 49318 | 64114 |
| **4.** | Доход от реализации субподрядных услуг | тыс.тг | 62157 | 80804 | 105045 | 136558 | 177526 |
|  | **ИТОГО:** | тыс.тг | **343659** | **497862** | **747235** | **941405** | **2.093 827** |

**Использованные нормативно-правовые акты:**

1. Кодекс Республики Казахстан № 360-VI ЗРК от 07.07.2020г. «О здоровье народа и системе здравоохранения».

2. Постановление Правительства РК № 2136 от 15.12.2009 г. «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

3. Правительства Республики Казахстан №982 от 26.12.2019г «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 - 2025 годы».

4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан ҚР ДСМ № 175 от 30.10.2020 г. «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения».

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан ҚР ДСМ № 136 от 19.10.2020 г. «Об утверждении перечня процедур и манипуляций, включенных в специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ № 170 от 29.10.2020 г. «Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)».

7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ №210 от 27.11.2020 г. «Об утверждении Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий».

8.. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ № 41 от 18.05.2021 г. «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра»

9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан ҚР ДСМ №106 от 07.07.2023 г. «Об утверждении стандарта оказания медицинской помощи в стационарозамещающих условиях в Республике Казахстан».

10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан ҚР ДСМ №43 от 20.03.2023г. «Об утверждении стандарта организации оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан».