



**СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
РГП НА ПХВ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ» МЗ РК
за период с 17.03.2025-31.12.2025**

**Астана
2026 г.**

Краткая информация о РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины» МЗ РК

В целях реализации национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» (Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725), направленного на строительство многопрофильных больниц в городах республики, на основании меморандума, заключённого между АО «Фонд Национального благосостояния «Самрук-Қазына» и Министерством здравоохранения Республики Казахстан от 17.07.2020 г., в городе Астана был построен стационар Национального координационного центра экстренной медицины (далее – НКЦЭМ).

Стационар НКЦЭМ начал функционировать в июне 2024 года. Коечная мощность учреждения составляет 250 койко-мест. НКЦЭМ располагает современной клинической базой и включает 9 клинических департаментов, осуществляющих деятельность по 29 профильным направлениям, а именно: департамент общей хирургии, департамент акушерства, департамент политравмы, департамент терапии с Центром ритма сердца, департамент кардиохирургии и кардиологии, департамент урологии с амбулаторной хирургией, департамент гнойно-септической хирургии с комбустиологией, департамент гинекологии, департамент нейрохирургии и неврологии.

Одной из особенностей НКЦЭМ является наличие собственной вертолётной площадки с ангаром для размещения воздушного судна, что способствует сокращению времени доставки пациентов из близлежащих населённых пунктов и повышает доступность экстренной медицинской помощи.

НКЦЭМ оснащён высокотехнологичным медицинским оборудованием, включая компьютерный томограф на 256 срезов, магнитно-резонансный томограф мощностью 3 тесла, ангиографическую установку, рентгенологическое и ультразвуковое оборудование, а также 12 операционных залов. В НКЦЭМ внедрена роботизированная хирургическая система визуализации KINEVO 900, обеспечивающая проведение оперативных вмешательств с высокой точностью и качеством визуализации. Штатная численность учреждения составляет 1652,5 штатных единицы, включая врачебный, средний медицинский и прочий персонал.

В настоящее время, в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 «Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации», оказание медицинской помощи с использованием медицинской авиации осуществляется на основании договоров, заключённых между НКЦЭМ и субъектами здравоохранения, а также организациями медицинского образования.

Функционирование НКЦЭМ в г. Астана расширяет возможности населения в получении квалифицированной и специализированной медицинской помощи, а также обеспечивает оказание ургентной помощи жителям и гостям динамично развивающейся столицы.

К основным задачам НКЦЭМ относятся: оказание организационно-методической и консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям по вопросам организации экстренной медицинской помощи; поддержание постоянной готовности к работе в условиях чрезвычайных ситуаций, включая массовое поступление пострадавших; обеспечение преемственности и взаимодействия со всеми лечебно-профилактическими организациями города при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах; а также анализ потребности населения в экстренной медицинской помощи.

В соответствии с приказом Государственного учреждения «Управление общественного здравоохранения города Астаны» от 30 сентября 2024 года № 262-Ө «Об утверждении коечного фонда субъектов здравоохранения на 2025 год», в Национальном координационном центре экстренной медицины в 2025 году был развернут коечный фонд круглосуточного стационара. В дальнейшем, с учётом поэтапного ввода структурных подразделений в эксплуатацию, осуществлялось перераспределение коек по профильным направлениям.

**Анализ кадрового состава
РГП на ПХВ «Национальный координационный центр
экстренной медицины» МЗ РК по итогам 2025 года**

Кадровый потенциал НКЦЭМ

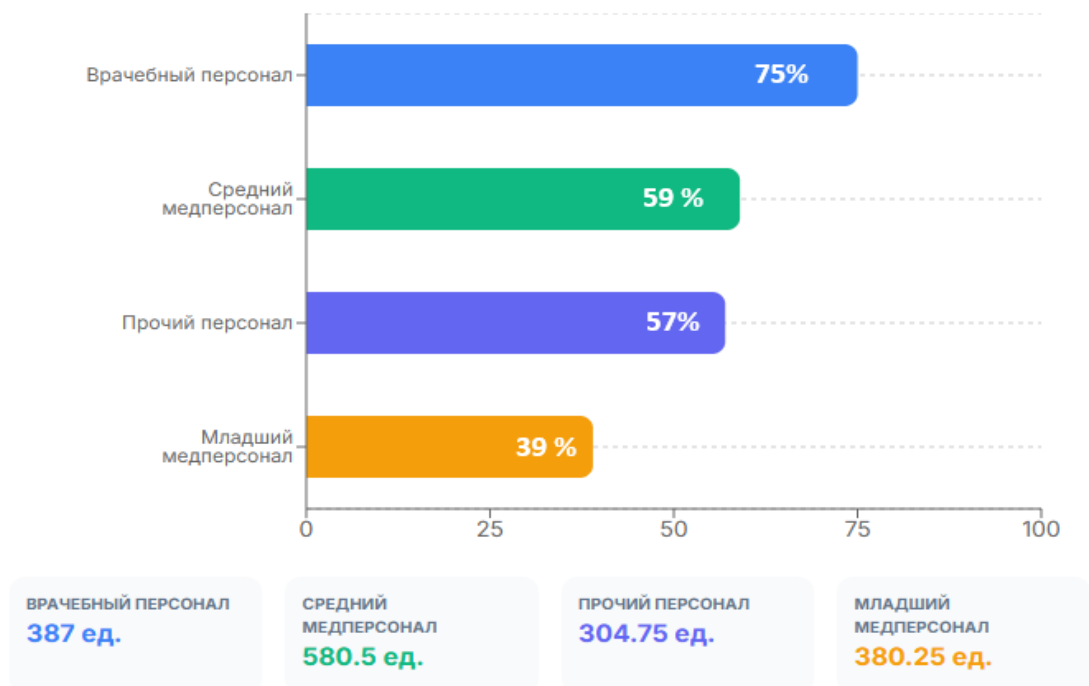
По состоянию на конец 2025 года штатная численность НКЦЭМ составила 1652,50 штатных единицы. Общий уровень укомплектованности персонала — 58%, что отражает сохраняющийся кадровый дефицит, характерный для учреждений экстренного профиля.

Таблица 1

Категория персонала	Штатная численность (ед.)	Укомплектованность, %
Врачебный персонал	387,00	75%
Средний медицинский персонал	580,50	59%
Младший медицинский персонал	380,25	39%
Прочий персонал	304,75	57%
Итого	1 652,50	58%

Наиболее выраженный дефицит кадров отмечается среди **младшего медицинского персонала**, что потенциально влияет на нагрузку среднего медперсонала и организацию ухода за пациентами.

Укомплектованность по категориям (%)



2. Гендерная структура кадров

Таблица 2.

Пол	Численность	Доля
Мужчины	331	35%
Женщины	619	65%
Итого	950	100%

Кадровый состав характеризуется преобладанием женского персонала, что соответствует общереспубликанским тенденциям в системе здравоохранения.

3. Структура персонала по уровню образования

Таблица 3

Уровень образования	Численность, чел.	Доля
Высшее образование	413	43,4%
Средне-профессиональное образование	299	31,4%
Прочие категории	238	25,2%
Итого	950	100%

4. Повышение квалификации персонала

В 2025 году в рамках системы непрерывного профессионального развития обучение прошли 489 работников, в том числе:

Таблица 4.

Категория	Численность
Медицинский персонал	464
Прочий персонал	25
Итого	489

5. Уровень категорийности медицинского персонала

Врачебный персонал (ВП)

Таблица 5.

Категория	Численность
Высшая категория	136
Первая категория	48
Вторая категория	44
Всего категорийных	228 (79%)

Средний медицинский персонал (СМП)

Таблица 6.

Категория	Численность
Высшая категория	183
Первая категория	31
Вторая категория	31
Всего категорийных	245 (72%)

КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ

Критический коэффициент совместительства (1,74): Разрыв между штатными единицами (1652,5) и физлицами (950) свидетельствует о том, что персонал работает почти на две ставки. Это ведет к хроническому выгоранию, росту числа медицинских ошибок и высокой текучести «выживших» кадров.

Дефицит младшего медицинского персонала (39%): Самое слабое звено. Низкая укомплектованность этой категории вынуждает врачей и СМП выполнять неквалифицированную работу. Это обесценивает их труд и усиливает кадровый дефицит в ключевых звеньях.

Высокий квалификационный потенциал: Категорийность (Врачи — 79%, СМП — 72%) находится на отличном уровне. Учреждение обладает мощным экспертным ядром, однако из-за дефицита в 42% штата этот ресурс используется неэффективно — эксперты тратят время на рутину, а не на сложные клинические случаи.

Диспропорция нагрузки: При наличии 250 коек и общей укомплектованности 58%, нагрузка на одно физлицо превышает нормативную в 1,5–1,8 раза, что ставит под угрозу безопасность пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Кадровое обеспечение: фокус на базовый персонал и аутсорсинг

1. Срочно закрыть дефицит младшего медперсонала через целевые программы с медицинскими колледжами (стажировки с 1-го курса).
2. Рассмотреть вывод немедицинских функций (клининг, логистика биоматериалов) на аутсорсинг, чтобы высвободить имеющийся медперсонал для работы по профилю.

Отчет отдела координации полетов об исполнении РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины» МЗ РК Договора на оказание услуг по реализации государственного задания «Организация работы по развитию санитарной авиации Республики Казахстан» в 2025 году

Для оказания авиационных услуг по линии медицинской авиации в 2025 году РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины» МЗ РК (далее - НКЦЭМ) было задействовано 33 воздушных судна: - 17 вертолетов типа Airbus Helicopters EC-145/H-145 и типа Ми-8/Ми-171 государственной авиационной компании АО «Казавиаспас», подведомственной МЧС РК и являющееся единым оператором по предоставлению вертолетных услуг государственным органам и организациям, финансируемым за счет бюджетных средств (*Приказ МЧС РК №338 от 22.06.2023 г.*);

- 16 самолетов восьми частных казахстанских авиационных компаний, 11 из которых - самолеты Ан-2 (транспортируют пациентов из сельских населенных пунктов в областные центры) и 5 самолетов, выполняют полеты по межрегиональным маршрутам: – 3 современных специализированных самолета швейцарского производства типа Pilatus PC-12 с медицинскими модулями Spectrum Aeromed, производства США, специализированный самолет канадского производства типа Bombardier CRJ200 в медицинском варианте модификации с двумя медицинскими модулями Spectrum Aeromed и возможностью транспортировки медицинских бригад общей численностью до 35 человек, а также пассажирский самолет типа Як-40 (прекратил выполнение медицинских полетов с 16 ноября 2025 г. по техническим причинам).

Вопросы осуществления допуска казахстанских авиационных компаний к выполнению полетов в воздушном пространстве РК, в том числе для оказания медицинской помощи населению и проведения санитарных мероприятий, а также контроль за их деятельностью по обеспечению гарантированного уровня авиационной безопасности, относятся к компетенции уполномоченной организации в сфере гражданской авиации – АО «Авиационная администрация Казахстана» (далее - ААК).

Привлекаемые по линии медицинской авиации авиакомпании и применяемые ими воздушные суда ежегодно согласовываются НКЦЭМ с ААК, осуществляющей функции по контролю и надзору за техническим состоянием воздушных судов, применяемых для выполнения авиационных работ на регулярной основе. При этом, техническое состояние воздушных судов подтверждено наличием сертификатов летной годности и актами их исправного технического состояния, выдаваемыми эксплуатантам по итогам инспекционного обследования сотрудниками ААК, по результатам проверки технического состояния воздушных судов, инструментального контроля планера, силовых установок, агрегатов и оборудования, ежегодно выполняемых на мощностях специализированных сертифицированных авиационных организаций по ремонту и обслуживанию авиационной техники. При этом, вопросы адаптации требований, предъявляемых к медицинским воздушным судам с соответствующими международными нормами санитарной авиации, также относятся к сфере ответственности ААК.

Для выполнения НКЦЭМ годового объема в количестве 2 122 медицинских полетов, включая расходы на оплату связанных и дистанционных медицинских услуг, бюджетной подпрограммой 107 - "Оказание медицинской помощи в форме санитарной авиации", бюджетной программы 067 "Обеспечение ГОБМП", было предусмотрено финансовое обеспечение в размере 13 707 349 тыс. тенге (с учетом полученного НКЦЭМ дополнительного финансирования от МЗ РК в размере 1 504 504 тыс. тенге, выделенных согласно Постановления Правительства Республики Казахстан № 543 от 18 июля 2025 года).

Финансовые средства в размере 1 358 576 тыс. тенге были выделены для восполнения НКЦЭМ объема вертолетных услуг на 253 полета, выполняемых вертолетами типа Airbus Helicopters EC-145/H-145 с обновленным тарифом 2 200 094 тенге за 1 час полета и финансового обеспечения в размере 145 928 тыс. тенге для выполнения 40 полетов самолетом Bombardier CRJ200 с обновленным тарифом 4,3 млн. тенге за час полетного времени.

В связи с неосвоением в течение 2025 года 356 922 900 тенге, запланированных бюджетом НКЦЭМ финансовых средств на обеспечение медицинских полетов турбовинтовых самолетов L-410 (100 полетов) и вертолетов Airbus Helicopters H-130 (41 полет) по причине отсутствия летательных аппаратов данных типов в составе парка воздушных судов медицинской авиации, во второй декаде ноября 2025 г. Внутренней бюджетной комиссией МЗ РК было произведено перераспределение плановых показателей НКЦЭМ, в результате которого количество годового объема медицинских полетов составило 2231 полет, в том числе самолетами – 1606 вылетов: Ан-2 – 1020 или 45,8% (увеличение на 90 полетов), Як – 40 - 107 или 4,79% (уменьшение на 93 полета), Pilatus PC-12 – 437 или 19,58% (увеличение на 137 полетов), Bombardier CRJ200 – 42 или 1,88% (увеличение на 2 полета); вертолетами – 543 (увеличение на 43 полета), рейсовыми самолетами – 73 (увеличение на 41 вылет), зарубежные вылеты – 9 (уменьшение на 11 полетов).

По инициативе НКЦЭМ и соответствующему запросу МЗ РК, решением Республиканской бюджетной комиссии в первой декаде декабря 2025 г. произведено дополнительное финансирование МЗ РК в размере 911 057 тыс. тенге для обеспечения

выполнения еще 59 медицинских полетов, из них: самолетами Pilatus PC-12 - 28 полетов; самолетом Bombardier CRJ200 - 19 полетов; самолетами Ан-2 – 12 полетов.

В итоге, увеличение бюджетных средств на оплату авиационных и медицинских услуг было произведено до уровня 14 618 406 тыс. тенге с достижением в 2025 году конечных плановых показателей в объеме 2 290 медицинских полетов.

Фактическое выполнение плана полетов по итогам 2025 года отражено в Таблице 1.

Таблица 1

Тип ВС	Ан-2	РС-12	Як-40	Л-410	*ЕС-145	Ми-8	Н-130	*CRJ-200	Заруб	Рейс	Всего
План	1032	465	107	0	419	124	0	61	9	73	2290
Факт	1032	465	107	0	408	124	0	54	9	73	2272

В целях компенсации расходов, связанных с ростом средней продолжительности полетов (далее - СПП), решением ВБК МЗ РК (декабрьский протокол) было согласовано уменьшение количества запланированных вылетов вертолетов ЕС-145 на 11 полетов и количество вылетов самолета Bombardier CRJ200 - на 7 полетов. Высвободившиеся финансовые средства были использованы для компенсации непредвиденных расходов.

Всего по итогам 2025 года воздушными судами медицинской авиации выполнено 2272 вылета для транспортировки экстренных пациентов в медицинские организации областей, городов республиканского значения и столицы.

Необходимо отметить, что в процессе производства оплаты за оказанные авиационные услуги, в 2025 году произошло увеличение расходов финансовых средств, не предусмотренных бюджетом. Основной причиной перерасходования финансовых средств является увеличение показателей СПП самолетов типа Pilatus PC-12, Bombardier CRJ200, Ан-2 и вертолетов типа Ми-8 от значений, используемых в бюджетном планировании на текущий год (таблица 2).

Таблица 2

Тип ВС	СПП по бюджету 2025 г. (час)	СПП фактическая за период (час)	Отклонение (час)	СПП по бюджету 2026г. (час)	Отклонение от СПП факт 2025 г. (час)
Pilatus PC-12	4,97	5,36	+0,39	4,4	+0,96
Bombardier CRJ200	2,68	3,9	+1,22	2,68	+1,22
Ми-8	2,44	3,01	+0,57	2,99	+0,02
Ан-2	3,91	4,01	+0,1	4,0	+0,01

Частичная компенсация перерасходованных бюджетных средств из-за отклонений СПП производилась за счет поглощения финансовых средств, оставшихся от оплаты за полеты, выполненные ВС со средней продолжительностью меньше бюджетной (самолеты Як-40), а также от перераспределения количества полетов и бюджетных средств по согласованию ВБК МЗ РК посредством уменьшения количества запланированных вылетов вертолетов ЕС-145 на 11 полетов и количества вылетов самолета Bombardier CRJ200 - на 7 полетов.

Справочно:

В бюджетном планировании, осуществляемом НКЦЭМ, применяются показатели СПП конкретных типов ВС и определяются они, как отношение суммарного количества часов фактического налета всех ВС данного типа за прошедший трехлетний период к общему количеству полетов самолетов (вертолетов) этого типа, выполненных за 3 года.

Как следует из данных Таблицы 2, в бюджете 2026 года показатели СПП самолета Bombardier CRJ200 осталось неизменным, а СПП самолетов Pilatus PC-12 уменьшилось на 0,57 часа, что неизбежно приведет к еще большему увеличению непредвиденных расходов в течение 2026 года.

Необходимо отметить, что превышение плановых показателей 2025 года на 150 вылетов и полное достижение НКЦЭМ прямых результатов оказания МЗ РК услуг (Договор №1 от 14.01.2025 г.) в ходе реализации государственного задания “Организация работы по развитию санитарной авиации в Республике Казахстан”, является следствием ряда объективных причин, таких как:

- дополнительное финансирование деятельности НКЦЭМ со стороны МЗ РК;
- значительная активизация в деятельности медицинской авиации АО “Казавиаспас”.

Относительно вклада АО “Казавиаспас” в развитие и совершенствование деятельности медицинской авиации необходимо отметить, что в течение 2025 года обществом предоставлялись НКЦЭМ вертолетные услуги с базированием воздушных судов в 17-ти областных центрах, городах республиканского значения и столице (в 2024 году Обществом оказывались вертолетные услуги только в 11-ти городах).

В 2026 году АО “Казавиаспас” намерено оказывать вертолетные услуги в 18-ти точках базирования воздушных судов.

Дополнительно к оказанию НКЦЭМ вертолетных услуг, АО “Казавиаспас” намерено приступить к применению по линии медицинской авиации новых самолетов L-410 чешского производства, приобретенных в течение 2025 года, после согласования НКЦЭМ стоимости тарифа за час полетного времени с МЗ РК.

В части мероприятий по развитию и совершенствованию медицинской авиации Республики Казахстан, в течение 2025 года НКЦЭМ проводилась работа по проработке механизма замены устаревших самолетов типа Як-40 и Ан-2, имеющих значительную выработку назначенных ресурсов. Так, для замены самолета Як-40 в августе 2025 года был заключен договор закупа авиационных услуг с авиационной компанией ТОО “Alaman Air” посредством применения по линии медицинской авиации самолета типа Bombardier CRJ200.

Замена устаревших самолетов Ан-2 на вертолеты будет проводиться по мере пополнения парка воздушных судов авиационной компании АО "Казавиаспас".

В целях реализации государственного задания по развитию медицинской авиации РК в 2026 году НКЦЭМ привлечено 32 воздушных судна: 18 вертолетов типа Airbus Helicopters EC-145/H-145 и типа Ми-8/Ми-171 государственной авиационной компании АО "Казавиаспас"; 3 самолета Pilatus PC-12 авиационной компании "Dala Air"; самолет Bombardier CRJ200 авиационной компании TOO "Alaman Air"; 10 самолетов Ан-2 пяти авиационных компаний.

В текущем 2026 году, охват населения РК услугами своевременного оказания экстренной медицинской помощи обеспечен НКЦЭМ на всей территории страны.

Таблица 3

№	Область, город	Тип ВС	Наименование поставщика
1	Астана	CRJ-200	TOO «ALAMAN AIR»
		Pilatus PC-12 (2 ед.)	TOO «DALA AIR»
		Ми-8	АО «Казавиаспас»
2	Алматы	Ми-8 – 2 ед.	АО «Казавиаспас»
		Pilatus PC-12	TOO «DALA AIR»
3	Шымкент	EC-145	АО «Казавиаспас»
4	Область Абай /Семей	Ан-2	TOO «ТАРАЗ ЖАҢА ӘЛЕМ»
		Ми-8	АО «Казавиаспас»
5	Акмолинская обл./Кокшетау	EC-145	АО «Казавиаспас»
6	Актюбинская обл./Актобе	EC-145	АО «Казавиаспас»
		Ан-2	TOO «АЭРО»
7	Атырауская обл./Атырау	EC-145/Ми-8	АО «Казавиаспас»
		Ан-2	TOO «АЭРО»
8	ЗКО/ Уральск	Ан-2	TOO «АЭРО»
		EC-145	АО «Казавиаспас»
9	Жамбылская обл./Тараз	Ан-2	TOO «DAP AEROSERVICE GROUP»
		EC-145	АО «Казавиаспас»
10	Жетысуская обл./Талдыкорган	EC-145	АО «Казавиаспас»
11	Карагандинская обл./Караганда	Ан-2	TOO «Fly Torgai»
		EC-145	АО «Казавиаспас»

12	Костанайская обл. /Костанай	Ан-2	ТОО «АК Навигатор»
		Ми-8	АО «Казавиаспас»
13	Кызылординская обл. /Кызылорда	Ан-2	ТОО «ТАРАЗ ЖАҢА ӘЛЕМ»
		Ми-8	АО «Казавиаспас»
14	Мангистауская обл. /Актау	Ан-2	ТОО «Fly Torgai»
		ЕС-145	АО «Казавиаспас»
15	Павлодарская обл. /Павлодар	ЕС-145	АО «Казавиаспас»
16	Восточно- Казахстанская обл. /Усть-Каменогорск	Ан-2	ТОО «АК Навигатор»
		Ми-8	АО «Казавиаспас»
17	Улытауская обл. /Жезказган	Ми-8	АО «Казавиаспас»
18	Северо-Казахстанская обл./Петропавловск	Ми-8	АО «Казавиаспас»
19	Туркестанская обл. /Туркестан	Область покрывается ВС, базирующемся в г. Шымкенте	
20	Алматинская обл./Конаев	Область покрывается ВС, базирующимися в г. Алматы	

Всего, по линии медицинской авиации, на текущий период задействовано 8 авиакомпаний посредством применения 32 воздушных судов:

Самолеты Ан-2 -10 ед.;

Самолеты PC-12 - 3 ед.;

Самолет CRJ-200 –1 ед.;

Вертолеты ЕС-145/Ми-8 - 18 ед.

Справочно:

1. Штатная численность отдела координации полетов – 8 человек.

2. Основные функции отдела:

- взаимодействие с авиационными компаниями и медицинскими учреждениями, участвующими в предоставлении НКЦЭМ авиационных и медицинских услуг с целью экспертизы их продолжительности и качества;

- формирование ежемесячного Реестра полученных авиационных и медицинских услуг для рассмотрения на заседаниях Комиссии по оплате авиационных и медицинских услуг (далее - Комиссия);

- подготовка платежных документов за полученные НКЦЭМ авиационные и медицинские услуги по итогам заседания Комиссии;

- подготовка и проведение заседаний Медицинского исполнительного комитета НКЦЭМ;

- взаимодействие с сотрудниками дипломатических миссий Республики Казахстан по вопросам организации и выполнения авиационных транспортировок экстренных пациентов – граждан Республики Казахстан, находящихся на лечении в зарубежных медицинских учреждениях, для продолжения получения медицинской помощи в Казахстане (по письменному указанию МЗ РК и выбору авиаперевозчика Комиссией по закупке авиационных услуг);

- подготовка отчетных материалов за полученные авиационные и медицинские услуги;

- формирование отчета об оказании медицинских услуг по реализации государственного задания по развитию медицинской авиации в Республике Казахстан.

**Основные показатели стационара
РГП на ПХВ «Национальный координационный центр
экстренной медицины» МЗ РК**

Таблица 1. Коечный фонд больницы на 2025 год

№	Наименование	Кол-во коек		
		2025 год		
		Всего	КС	ДС
1	Терапевтический профиль	28	28	
2	Хирургический профиль	188	185	3
3	Акушерский профиль	34	34	
	Итого	250	247	3

Коечный фонд больницы на 2025 год составляет 250 коек, из них 247 коек круглосуточного стационара и 3 койки дневного стационара.

Основную долю коечного фонда занимает хирургический профиль — 188 коек (75,2%), включая 185 коек КС и 3 койки ДС, что соответствует профилю больницы и объёму оказываемой специализированной помощи. Акушерский профиль представлен 34 койками (13,6%), терапевтический профиль — 28 койками (11,2%), все койки функционируют в режиме круглосуточного стационара.

Структура коечного фонда отражает приоритетность оказания хирургической и акушерской помощи и обеспечивает готовность стационара к приёму пациентов различного профиля.

Основные показатели стационара по клинической работе

За отчетный период (март–декабрь 2025 г.) в стационар НКЦЭМ обратилось 25 828 пациентов, из которых госпитализировано 9 456 человек (36,6%), отпущено без госпитализации — 16 372 пациента (63,4%). Наибольшая нагрузка приходится на следующие районы:

- Нура — 16 180 обращений, что составляет основную долю общего потока ;
- Сарыарка — 5 088 обращений, занимает второе место по объёму нагрузки;
- Есиль — 1 605 обращений;
- Иногородние пациенты — 1 164 обращения;
- Иностранные граждане — 270 обращений.

Наименьшее количество обращений зафиксировано по районам:

- Алматы — 505 обращений;
- Байконур — 81 обращение;
- Сарайшык — 53 обращения.

Таким образом, более 70% общей нагрузки формируется за счёт районов Нура и Сарыарка.

За отчетный период (март–декабрь 2025 г.) стационар НКЦЭМ обеспечил выписку 9 175 пациентов. В структуре госпитализаций доминирует специализированная медицинская помощь (СМП), составляющая 99,25% от общего объема. Финансовое обеспечение деятельности характеризуется высокой зависимостью от системы ОСМС (87,9%), при этом доля гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) составляет 12,1%. Отмечается крайне низкий удельный вес высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП) — 0,75%, а также незначительный объем платных услуг – 1,6%.

Таблица 2. Показатели клинической работы стационара за период с 17.03.2025 – 31.12.2025

№	Год	Выбыло всего	СМП	ВТМП	Удельный вес ВТМУ
1	2025 г.	9175	9106	69	0,75 %

Из них:

- пролечено в рамках ОСМС – 8062 (87,8%)
- пролечено в рамках ГОБМП – 1113 (12,1%)
- пролечено платных пациентов – 148

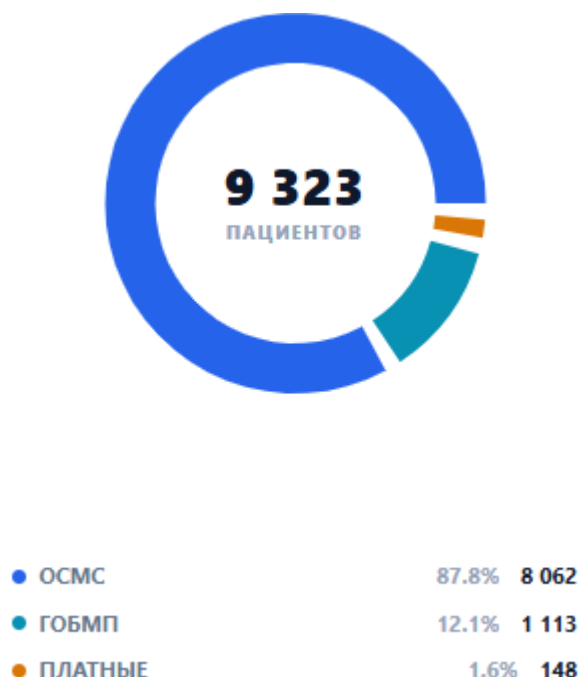


Таблица 3. Показатели по коечному фонду круглосуточного стационара НКЦЭМ за 2025 год

Наименование департамента		с 17 марта 2025 г. по 31.12.2025 г.			
Хирургический профиль		Поступило	Выписано	Умерло	Летальность
1	Департамент кардиохирургии с кардиологией	928	911	25	2,7
2	Департамент нейрохирургии	899	864	39	4,5
3	Департамент урологии	1361	1334	2	0,1
4	Департамент общей хирургии	1309	1230	10	0,8
5	Департамент гнойно-септической хирургии с комбустиологией	837	865	6	0,7
6	Департамент гинекологии	1729	1698	0	0
7	Департамент политравмы	605	573	0	0
Итого по хирургическому профилю		7668	7475	82	1,1
8	Департамент терапии с Центром аритмологии	711	700	5	0,7
Итого по терапевтическому профилю		711	700	5	0,7

9	Департамент акушерства	1077	1000	3	0,3
Итого по акушерскому профилю		1077	1000	3	0,3
Итого по стационару		9456	9175	90	0,98

За отчетный период (17.03.2025 – 31.12.2025) стационар НКЦЭМ продемонстрировал высокую интенсивность лечебно-диагностического процесса с общим объемом госпитализации 9456 пациентов. Структура госпитальной летальности неоднородна: при высоких показателях оборота койки в гинекологии и урологии летальность стремится к нулю, тогда как в высокотехнологичных сегментах (нейрохирургия, кардиохирургия) зафиксированы максимальные показатели потерь. Общая летальность по стационару остается в пределах референсных значений для многопрофильных центров экстренной медицины, однако требует детализации по профилям риска.

- Критической точкой является Департамент нейрохирургии с показателем летальности 4.5% (39 летальных исходов), что значительно превышает средние показатели по стационару.
- Второй уровень риска зафиксирован в Департаменте кардиохирургии: летальность 2.7% (25 случаев), что требует анализа тяжести поступающего контингента.
- Департаменты гинекологии и политравмы продемонстрировали эталонную эффективность с нулевой летальностью при высокой (гинекология — 1729 поступивших) и средней (политравма — 605 поступивших) нагрузке.
- Хирургическая активность в урологии и общей хирургии характеризуется высоким потоком пациентов (суммарно 2670 поступивших) при минимальной летальности (0.1% и 0.8% соответственно).
- В Департаменте гнойно-септической хирургии зафиксирован положительный баланс движения больных (выписано 865 > поступило 837), что свидетельствует об эффективной работе с койко-днями и выпиской переходящего контингента.

Сравнительная характеристика экстренной и плановой летальности

В структуре госпитальной летальности отмечается резкая диспропорция, обусловленная спецификой экстренной помощи. Подавляющее большинство смертельных исходов — **85 случаев (94.4%)** — сопряжено с экстренным характером госпитализации. Это коррелирует с тяжестью состояния больных при поступлении и необходимостью проведения реанимационных мероприятий "с колес".

Летальность при **плановой госпитализации** составила всего **5 случаев (5.6%)**. Несмотря на низкий удельный вес в общей структуре, данная категория требует углубленного клинико-статистического анализа по профилям отделений.

КОД МКБ-10	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ЕДИНИЦА	ОТДЕЛЕНИЕ	СЛУЧАИ
I66.8	Закупорка и стеноз другой артерии мозга, не приводящие к инфаркту мозга	● Нейрохирургия	1
I65.2	Закупорка и стеноз сонной артерии, не приводящие к инфаркту мозга	● Нейрохирургия	1
I06.0	Ревматический аортальный стеноз	● Кардиохирургия	1
I70.9	Атеросклероз генерализованный и неуточненный	● Сосудистая хирургия	1
I49.8	Другие уточненные нарушения сердечного ритма	● Аритмология	1

Нейрохирургический профиль (2 случая)

Летальность обусловлена критическими стенозами мозговых и сонных артерий (**I66.8**, **I65.2**), что свидетельствует о высоком риске интраоперационных осложнений у пациентов с декомпенсированным кровотоком.

Кардиохирургия (1 случай) и Аритмология (1 случай)

Смертность при ревматическом аортальном стенозе (**I06.0**) и сложных нарушениях ритма (**I49.8**) указывает на крайне тяжелый исходный статус пациентов, поступающих на ВТМП.

Сосудистая хирургия (1 случай)

Случай генерализованного атеросклероза (**I70.9**) подтверждает системный характер поражения сосудистого русла у данного контингента.

Летальность в разрезе нозологий

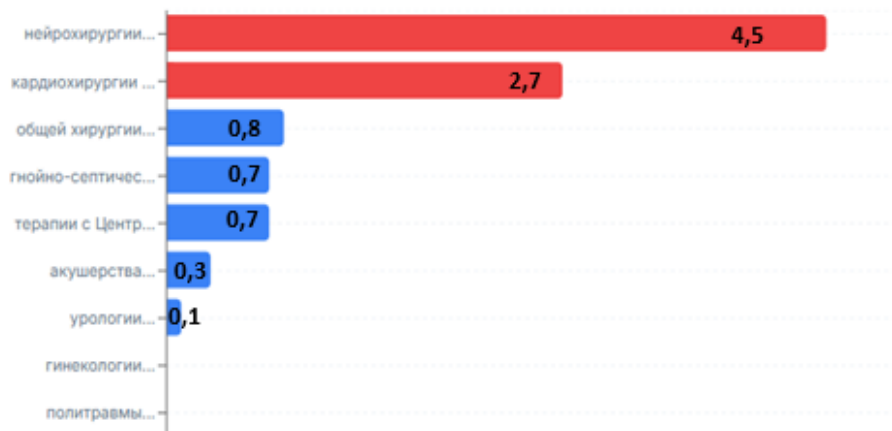
За отчётный период в стационаре зарегистрировано 90 летальных исходов. В структуре причин смерти преобладают острые сосудистые и кардиологические состояния, а также тяжёлая сочетанная травма.

Наибольший удельный вес летальных исходов пришёлся на:

- острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — 28 случаев, в том числе 2 платных пациента;
- острый инфаркт миокарда (ОИМ) — 14 случаев;
- политравму — 7 случаев;
- кардиомиопатии — 5 случаев;
- острый панкреатит — 4 случая;
- кишечную непроходимость, обусловленную спаечным процессом — 2 случая;
- синдром дыхательных расстройств новорождённых — 2 случая.

Летальность по департаментам (%)

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ДОМИНИРУЕТ



Структура причин (Нозология)



Летальность в первые сутки госпитализации

Особого внимания требует ранняя летальность: в первые сутки госпитализации умерло 18 пациентов, что указывает на крайне тяжёлое исходное состояние пациентов при поступлении.

В структуре ранней летальности преобладали:

- острый инфаркт миокарда — 5 случаев;
- кардиомиопатии — 3 случая;
- политравма — 2 случая;
- острый панкреатит — 2 случая.

Единичные случаи ранней летальности зарегистрированы при:

- язвенной болезни 12-перстной кишки;
- варикозном расширении вен портальной системы;
- атеросклерозе;
- злокачественных новообразованиях головного мозга;
- острым нефрите.

Досуточная летальность составляет 20% (18/90), что является маркером качества догоспитальной помощи и работы приемного отделения. Анализ структуры умерших до суток показывает, что 29% ранних смертей приходятся на ОИМ (5 случаев), а 17% — на кардиомиопатии (3 случая). Критическим является показатель по острому панкреатиту: из 4 умерших всего, 2 умерли в первые сутки (50% ранней летальности), что говорит о молниеносном течении (панкреонекроз) или позднем обращении. Политравма также показывает высокую тяжесть: 2 ранние смерти из 7 общих. В контексте ОНМК (инсульт) ситуация иная: при высоком общем числе смертей (28), они отсутствуют в списке досуточной летальности, что говорит об успешной первичной стабилизации, но последующих осложнениях в стационаре.

Вывод: “досуточные” смерти — это преимущественно кардиологические и хирургические (панкреатит/травма) профиля, требующие ускорения времени “от двери до иглы/скальпеля”.

**Таблица 4. Параметры коечного фонда НКЦЭМ за 2025 год
(продолжение)**

Наименование отделения		с 17 марта 2025 г. по 31.12.2025 г.		
		СДП	Оборот койки	Работа койки
1	Департамент кардиохирургии с кардиологией	7,5	32,5	245,1
2	Департамент нейрохирургии	8,3	31,8	263,2
3	Департамент урологии	5,8	51,6	300,5
4	Департамент общей хирургии	5,2	49,4	258,2
5	Департамент гнойно-септической хирургии с комбустиологией	7,6	33,1	251,6
6	Департамент гинекологии	4,9	65,7	324,2
7	Департамент политравмы	9,0	25,0	225,2
Итого по хирургическому профилю		6,5	41,3	267,2
8	Департамент терапии с Центром аритмологии	7,1	24,2	170,7
Итого по терапевтическому профилю		7,1	24,2	170,7
9	Департамент акушерства	4,2	30,5	127,1
Итого по акушерскому профилю		4,2	30,5	127,1
Итого по стационару		6,3	37,8	236,4

1. Общая характеристика использования коечного фонда

Работа стационара в 2025 году проходила в условиях неполного календарного года (запуск с 17 марта). Установленные плановые нормативы работы койки (254,9 для общего профиля и 169,9 для акушерства) учитывали данный фактор. По итогам года средняя занятость койки по стационару составила 236,4 дня, что несколько ниже расчетного норматива (92,7% от плана). Однако данный показатель скрывает существенную диспропорцию между хирургическим и терапевтическим профилями, а также демонстрирует экстремальную нагрузку на отдельные подразделения. Показатели эффективности по стационару в целом: СДП (Средняя длительность пребывания): 6,3 дня. Оборот койки: 37,8. Это свидетельствует о высокой интенсивности лечебно-диагностического процесса, характерной для центров экстренной медицины.

2. Анализ перегрузки хирургического профиля

Хирургическая служба приняла на себя основную нагрузку. Итоговая работа койки по хирургии составила 267,2 дня, что превышает установленный норматив (254,9) на 4,8%. Особое внимание вызывают департаменты, работающие в режиме сверхнормативной перегрузки: **Департамент гинекологии** – Работа койки: 324,2 дня (+27,2% к нормативу). Оборот койки: 65,7 (самый высокий показатель в клинике). Анализ: Подразделение работает в режиме экстремальной интенсивности. Показатель

занятости койки 324,2 дня за неполный год (с 17 марта) фактически означает отсутствие простоев между пациентами («койка не остывает»). Такой режим несет риски эмоционального выгорания персонала и снижения контроля качества. **Департамент урологии** – Работа койки: 300,5 дня (+17,9% к нормативу). Оборот койки: 51,6. Анализ: Высокая востребованность урологической помощи привела к значительному превышению плана. Оборот более 50 пациентов на одну койку указывает на преобладание малоинвазивных вмешательств и высокую пропускную способность.

Также превышение норматива зафиксировано в Департаменте нейрохирургии (263,2 дня) и Департаменте общей хирургии (258,2 дня).

3. Анализ показателей СДП и интенсификации процесса

Низкие показатели средней длительности пребывания (СДП) при высоком обороте койки свидетельствуют о внедрении современных стационарозамещающих технологий и протоколов ускоренной реабилитации.

Акушерство и гинекология: Гинекология (СДП 4,9): Экстремально короткий срок госпитализации для хирургического профиля. Это указывает на высокую долю малых гинекологических операций, лапароскопических вмешательств и строгий отбор пациентов на госпитализацию. Акушерство (СДП 4,2): Показатель соответствует современным перинатальным стандартам (выписка на 3-4 сутки после физиологических родов). Низкий СДП здесь является маркером благополучного течения послеродового периода у большинства пациенток и отсутствия необоснованных задержек в стационаре. Выводы по интенсификации: Сочетание высокого оборота (Гинекология – 65,7, Урология – 51,6, Общая хирургия – 49,4) с низким СДП подтверждает стратегию интенсификации. Стационар работает как высокотехнологичный конвейер. Однако для **Департамента политравмы** СДП составляет 9,0 при низкой занятости (225,2), что логично обусловлено тяжестью контингента, требующего длительного лечения.

4. Анализ отклонений: Терапия и Акушерство

На фоне перегрузки хирургии, терапевтический и акушерский профили показали результаты ниже расчетных нормативов.

Терапевтический профиль. Работа койки: 170,7 дня (67% от норматива 254,9). Причины:

1. Период становления: В отличие от хирургии, где поток часто формируется по экстренным показаниям, терапия (особенно Центр аритмологии) требует времени на формирование листа ожидания и налаживание маршрутизации плановых пациентов.

2. Специфика СДП: При СДП 7,1 и низком обороте (24,2) очевиден недостаточный поток пациентов для заполнения мощностей в первый год работы.

Акушерский профиль. Работа койки: 127,1 дня (74,8% от норматива 169,9). Причины:

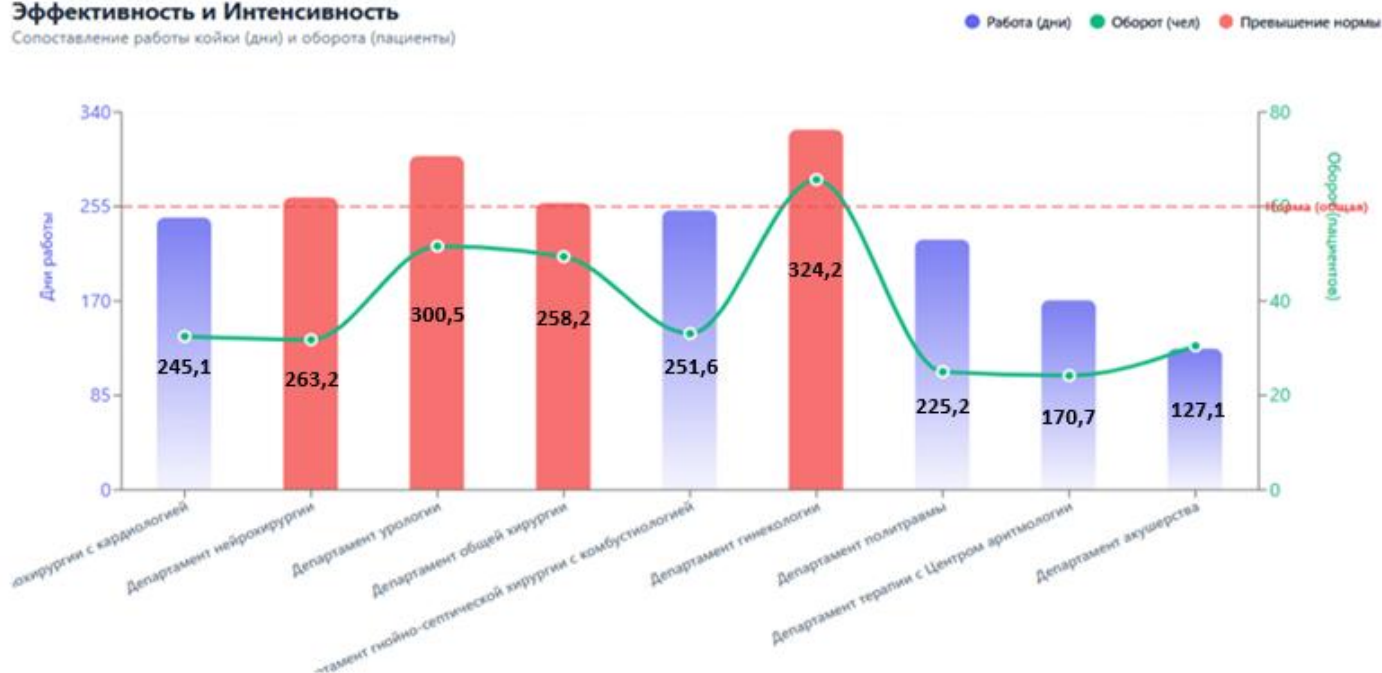
1. Короткий отчетный период: Департамент открылся только в июле 2025 года.

2. Инерция потока: Беременные женщины встают на учет заранее. Переориентация потоков рожениц в новый центр занимает от 3 до 6 месяцев (эффект «сарафанного радио» и доверия врачей ЖК).

3.Резерв мощностей: Текущая недогрузка является естественной для периода start-up. Показатель СДП 4,2 говорит о том, что клинические процессы отлажены, проблема именно в количественном наполнении (потоке).

Эффективность и Интенсивность

Сопоставление работы койки (дни) и оборота (пациенты)



5. Выводы:

1. Эффективность: НКЦЭМ продемонстрировал высокую эффективность использования коечного фонда в первый год работы. Хирургическая служба вышла на проектную мощность быстрее ожидаемого, с перевыполнением плана.

2. Диспропорции: Наблюдается явный перекос нагрузки в сторону урологии и гинекологии. Терапия отстает по темпам набора пациентов.

3. Интенсификация: Клиника успешно реализует стратегию сокращения сроков госпитализации (низкий СДП), что позволяет обслуживать больше пациентов (высокий оборот) на имеющихся площадях.

Таблица 5. Показатели хирургической работы

№	Департамент	Кол-во опер-ванных	Кол-во операц.	Хирург. Активность %	Умерло опериро-ванных	П/опера-ционная летальность
1	Департамент кардиохирургии с кардиологией	378	399	43,9	16	4,2
2	Департамент нейрохирургии	222	244	28,4	24	10,8
3	Департамент урологии	1005	1027	76,5	2	0,2
4	Департамент общей хирургии	888	918	74,2	5	0,5
5	Департамент гнойно-септической хирургии с комбустиологией	735	939	108,4	4	0,54
6	Департамент гинекологии	1553	1574	92,6	0	0
7	Департамент политравмы	466	545	94,6	0	0
8	Центр ритма сердца	302	311	87,7	1	0,3
	Итого по хирургическому профилю + Аритмология	5549	5957	76,0	52	0,94
8	Департамент терапии с Центром аритмологии	5	5	2,1	0	0
	Итого по терапевтическому профилю	5	5	2,1	0	0
9	Департамент акушерства	372	416	46,0	0	0
	Итого по акушерскому профилю	372	416	46,0	0	0
	Всего операций НКЦЭМ	5926	6378	71,0	52	0,8

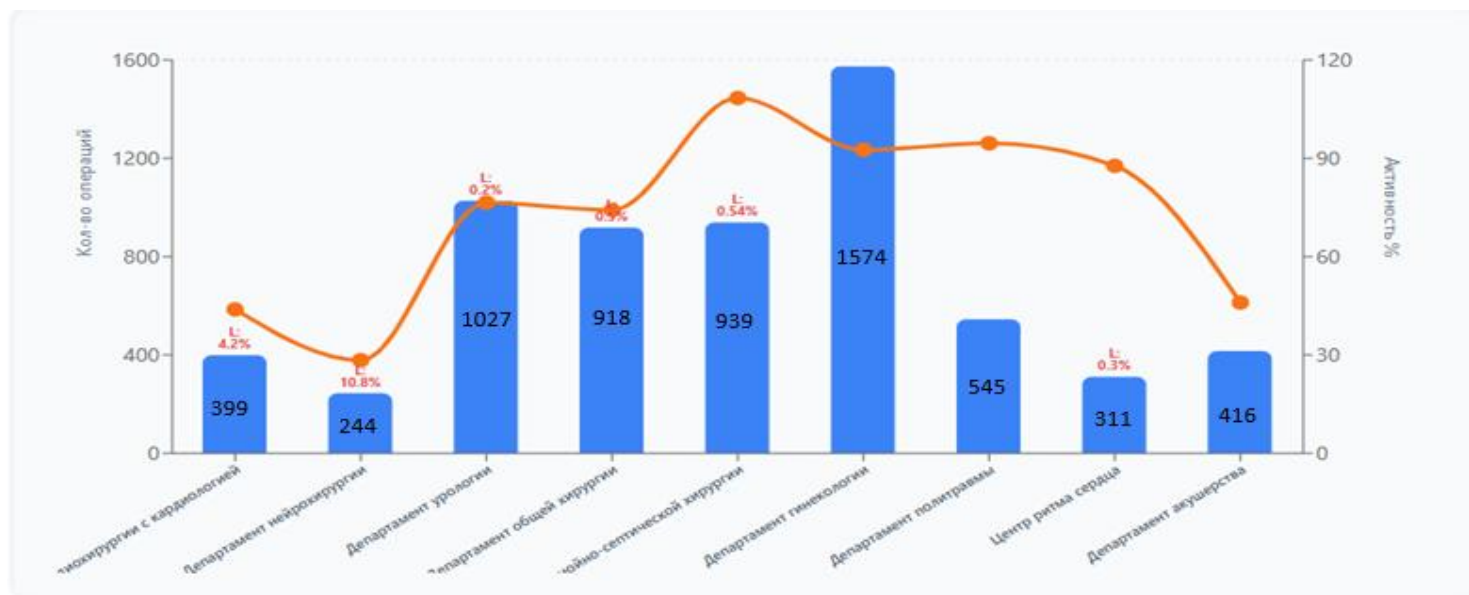
1. Общая характеристика операционной активности в период становления стационара

Функционирование стационара НКЦЭМ в 2025 году осуществлялось в условиях поэтапного ввода мощностей («start-up» период). Основной клинический блок начал работу 17.03.2025, Департамент акушерства введен в эксплуатацию в июле 2025 года. Несмотря на неполный календарный год работы (фактически 9,5 месяцев для основного блока), зафиксирован значительный объем оказанной хирургической помощи:

- Всего прооперировано пациентов: 5 926.
- Всего выполнено операций: 6 378.

- Индекс кратности операций: 1,07 (в среднем на одного пациента приходится более одного вмешательства, что характерно для стационаров экстренной помощи, применяющих тактику *damage control* и этапных санаций).

Динамика набора операционных объемов свидетельствует о высокой востребованности коечного фонда и эффективной маршрутизации потоков пациентов скорой медицинской помощи с первых дней работы центра.



*Примечание: Высокая активность в ГСХ (108,4%) обусловлена кратностью этапных операций на одного больного. L — летальность.

ОПЕРИРОВАНО
5926

ВСЕГО ОПЕРАЦИЙ
6378

АКТИВНОСТЬ
71%

ЛЕТАЛЬНОСТЬ
0.8%

2. Анализ летальности в профильных департаментах высокого риска

Общий показатель послеоперационной летальности по стационару составляет 0,8% (52 случая), что является допустимым значением для стационара уровня национального центра. Однако детальный анализ выявляет гетерогенность показателей в зависимости от профиля:

Департамент нейрохирургии: Летальность 10,8% (24 случая). Анализ: Данный показатель является самым высоким по стационару, однако он коррелирует со спецификой НКЦЭМ. Основной контингент — пациенты с тяжелой черепно-мозговой травмой, геморрагическими инсультами с прорывом в желудочки и дислокационным синдромом. Хирургическая активность (28,4%): Низкий процент оперируемости при высокой летальности указывает на то, что значительная часть поступающих пациентов находится в крайне тяжелом, часто агональном или неоперабельном состоянии, требующем консервативной терапии в условиях ОРИТ, либо вмешательства проводится строго по жизненным показаниям (операции отчаяния).

Департамент кардиохирургии с кардиологией: Летальность 4,2% (16 случаев). Анализ: Показатель обусловлен ургентным характером патологий (острый коронарный синдром, расслоение аорты, жизнеугрожающие нарушения ритма). В

отличие от плановой кардиохирургии, экстренные вмешательства проводятся пациентам с высоким баллом по шкале EuroSCORE II и отсутствием времени на предоперационную подготовку. Хирургическая активность (43,9%): Умеренный уровень активности свидетельствует о высокой доле пациентов, получающих консервативную терапию или малоинвазивные эндоваскулярные вмешательства, не вошедшие в категорию «больших» операций в данной выборке, либо о строгом отборе кандидатов на открытые вмешательства.

3. Оценка эффективности работы

Департамента акушерства

Департамент функционирует менее полугода (с июля 2025 г.). Объем работы: Прооперировано 372 пациентки, выполнено 416 операций. Качество: Летальность — 0%. Хирургическая активность: 46%. Показатель хирургической активности в 46% (преимущественно кесарево сечение) является высоким для классического родильного дома, но типичным для перинатального центра 3-го уровня или многопрофильного стационара, аккумулирующего пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией и осложненным течением беременности. Нулевая летальность (как материнская, так и, предположительно, интраоперационная плодовая) в период запуска отделения свидетельствует о высоком уровне квалификации персонала и отлаженном алгоритме междисциплинарного взаимодействия (анестезиология, неонатология).

4. Оценка показателя «Хирургическая активность»

Интегральный показатель хирургической активности по стационару составил 71%. Это высокий уровень, подтверждающий статус учреждения как центра активной хирургической тактики. Ключевые особенности по подразделениям: **Гинекология** (92,6%), **Политравма** (94,6%), **Урология** (76,5%): демонстрируют максимальную интенсивность работы. Отсутствие летальности в департаментах гинекологии и политравмы при таких объемах (1553 и 466 пациентов соответственно) требует особого внимания: либо это результат безупречного менеджмента, либо особенности статистического учета (например, перевод тяжелых пациентов в ДАРИТ без фиксации исхода за профильным отделением). Департамент гнойно-септической хирургии (108,4%): Показатель выше 100% является статистически обоснованным для данного профиля. Это объясняется выполнением многократных этапных вмешательств (некрэктомии, санации гнойных очагов, наложение ВАК-систем) у одного и того же пациента. Это маркер высокой сложности лечебно-диагностического процесса.

Таблица 6. Показатели эндоскопических вмешательств

№	Наименование показателя	Показатели эндоскопических вмешательств		
		2025 год		
1	Всего операций	6378		
2	В т.ч. эндоскопических	3216		
3	В %	50,4		
В разрезе отделений				
Наименование		2025 год		
		Число операций	В т.ч. эндоскопических	%
1	Департамент общей хирургии	918	670	73,0
2	Департамент гнойно-септической хирургии с комбустиологией	939	137	14,5
3	Департамент гинекологии	1574	1584	100,6
4	Департамент урологии	1027	949	92,4
	Итого	4458	3340	74,9

Интегральный показатель применения эндоскопических технологий по стационару составляет 50,4% (3 216 вмешательств).

С точки зрения управления качеством медицинской помощи, данный показатель является маркером современности клиники. Доля малоинвазивных вмешательств, превышающая 50% в многопрофильном стационаре (включающем гнойную хирургию и комбустиологию), указывает на приоритет fast-track хирургии. Это напрямую влияет на снижение средней длительности пребывания пациента на койке (ALOS), минимизацию послеоперационных осложнений и экономическую эффективность лечебного процесса.

Анализ профильных лидеров: Гинекология и Урология

Департаменты гинекологии и урологии являются драйверами высокотехнологичной активности стационара, демонстрируя эталонные показатели внедрения эндоскопии.

Департамент урологии:

Показатель: 92,4% эндоскопических вмешательств.

Интерпретация: Отделение работает в строгом соответствии с современными «золотыми стандартами» (трансуретральные резекции, лапароскопия), практически исключив открытую хирургию, за исключением узкого спектра клинических ситуаций.

Департамент гинекологии:

Показатель: 100,6% (1584 эндоскопических из 1574 общих).

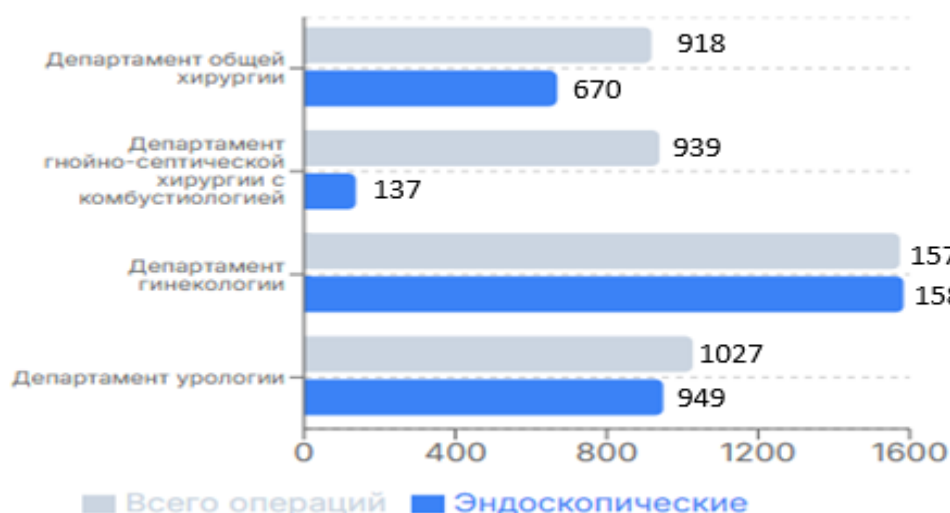
Анализ аномалии: Превышение порога в 100% является статистическим артефактом, указывающим на специфику учета клинической работы. Вероятные причины:

Симультанные операции и мультимодальный подход: Одному пациенту в рамках одной госпитализации (одного случая) выполнялось несколько эндоскопических процедур (например, диагностическая гистероскопия с последующей лапароскопической операцией), которые тарифицировались или учитывались как отдельные единицы.

Высокая доля «малой» хирургии: Активное включение диагностических и лечебных гистероскопий в реестр оперативных вмешательств.

Вывод: Данный показатель следует трактовать как максимально возможную хирургическую активность, где открытый доступ полностью вытеснен, а плотность манипуляций на одного пролеченного больного крайне высока.

Объем операций по департаментам



Анализ показателей Департамента гнойно-септической хирургии

Показатель эндоскопической активности в Департаменте гнойно-септической хирургии с комбустиологией составляет 14,5%.

С точки зрения медицинской статистики, данный процент не является показателем низкой квалификации или недостаточного оснащения. Он обусловлен объективной клинической спецификой профиля:

Патогенез: Гнойная хирургия (флегмоны, абсцессы мягких тканей, остеомиелиты) и комбустиология (ожоги) требуют широкого доступа для адекватной некрэктомии, санации и дренирования, а также выполнения аутодермопластики.

Роль эндоскопии: Уровень 14,5% указывает на то, что отделение находит возможности для малоинвазивных методов там, где это возможно (например, видеоассистированные санации полостей, торакоскопия при эмпиемах), что для данного профиля является признаком высокого профессионализма.

Доля эндоскопии (%) по профилям



Показатели по БСК

В рамках реализации приоритетных направлений развития здравоохранения, в том числе по снижению заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения, в условиях НКЦЭМ за период с 17 марта по 31 декабря 2025 года обеспечено оказание медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией.

Болезни системы кровообращения (БСК).

За отчётный период пролечено 1 749 пациентов. Зарегистрировано 59 летальных исходов, в том числе 10 случаев — в первые сутки госпитализации. Общая летальность при БСК составила 3,4%, летальность в первые сутки — 0,6%.

Острый коронарный синдром (ОКС).

С ОКС пролечено 432 пациента, умерло 14 пациентов, госпитальная летальность составила 3,2%. Коронароангиография выполнена 388 пациентам, охват составил 89,8%.

Острый инфаркт миокарда (ОИМ).

В 2025 году пролечено 174 пациента с ОИМ. Зарегистрировано 14 летальных исходов, госпитальная летальность составила 8,0%. Охват коронароангиографией при ОИМ составил 93,1% (162 пациента).

За период с 17 марта по 31 декабря 2025 года выполнено 108 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), охват пациентов с ОИМ составил 62,1%.

Таблица 7. Показатели хирургической работы при БСК

	17.03.2025-31.12.2025
Пролечено с БСК	1749
Проведено операций при БСК	1623
в том числе: АКШ	161
Операции на клапанах сердца	33
Операции на перегородке сердца (ДМПП)	0
Имплантация пульсационного баллона	0
Операции на аорте	0
Установка временного ЭКС	4
Установка постоянного ЭКС	90
Имплантация автоматического кардиовертера/дефибриллятора	21
Имплантация бивентрикулярного дефибриллятора, системы в целом (CRT-D)	7
Экстракорпоральная мембранная оксигенация	2
РЧА (операции с применением радиочастотной абляции)	123
Операции с применением крио абляции	67
Прочие операции на сердце	7
КАГ	657
Стентирований	194
Ангиопластики	9
Тромболизис	26
Летальность от БСК	3,4% (59)
Летальность от ОИМ	8% (14)

Аналитический отчет по показателям хирургической работы при БСК

1. Оценка интервенционной активности и стратегии реваскуляризации

В структуре рентгенэндоваскулярных вмешательств обращает на себя внимание соотношение диагностических и лечебных процедур.

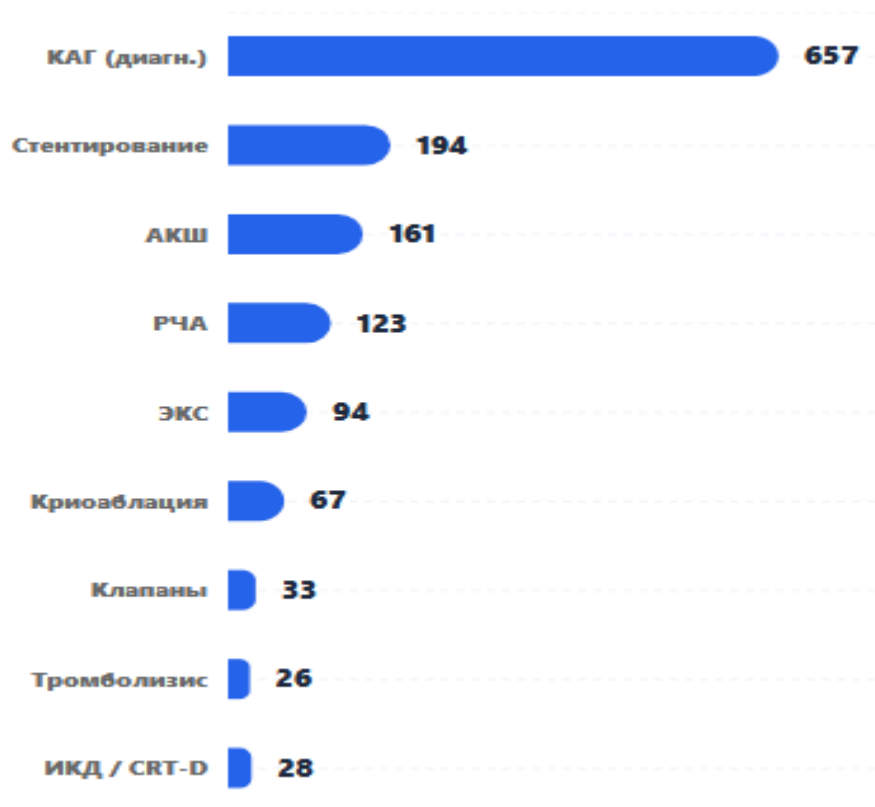
- Коронарная ангиография (КАГ): 657
- Чрескожные коронарные вмешательства (Стентирование): 194
- Аортокоронарное шунтирование (АКШ): 161

Анализ соотношения: Прямое соотношение КАГ к стентированию составляет 3.4:1. На первый взгляд, это может свидетельствовать о высокой доле «чистых» коронарных артерий или пациентов, получающих только медикаментозную терапию. Однако для корректной оценки необходимо учитывать пациентов, направленных на открытую кардиохирургию (АКШ). Суммарное количество пациентов, получивших миокардиальную реваскуляризацию (Стентирование + АКШ), составляет 355. Таким образом, индекс реваскуляризации (отношение всех видов реваскуляризации к числу диагностических КАГ) составляет 54%.

Заключение: Данный показатель (54%) является положительным прогностическим фактором. Он свидетельствует о:

1. Взвешенном подходе к выбору тактики: Высокая доля АКШ (почти паритет со стентированием: 161 vs 194) указывает на эффективную работу «Heart Team» (кардиокоманды). Пациенты с многососудистым поражением (SYNTAX score >22) обоснованно направляются на хирургию, а не подвергаются необоснованному множественному стентированию.

2. Отсутствии «окуло-стенотического рефлекса»: Интервенционные хирурги не стентируют гемодинамически незначимые стенозы, что соответствует современным клиническим рекомендациям.



2. Анализ показателей летальности

Общая летальность при БСК: 3.4% (59 случаев). Летальность при ОИМ (Острый инфаркт миокарда): 8.0% (14 случаев).

Заключение: Показатель летальности при ОИМ на уровне 8% для экстренного стационара, принимающего пациентов в острейшем периоде, находится в пределах референтных значений (общемировой целевой диапазон для стационаров с возможностью ЧКВ составляет 6–9% в зависимости от тяжести поступающих больных, доли кардиогенных шоков и времени «дверь-баллон»). Общая летальность 3.4% при высоком удельном весе хирургической активности (1623 операции на 1749 пролеченных) также является адекватной. Это отражает структуру патологии, включающую тяжелых коморбидных пациентов, которым выполняются вмешательства высокого риска (АКШ, клапанная хирургия, экстренные ЧКВ).

3. Развитие аритмологической службы

Данные демонстрируют выраженный акцент на современные методы лечения нарушений ритма сердца: Катетерная абляция (РЧА + Криоабляция): 190 операций.

Имплантация антиаритмических устройств (ЭКС + ИКД/CRT-D): 118 операций.

Ключевые выводы:

1. Преобладание радикального лечения: Количество аблаций (190) превышает количество имплантаций устройств (118). Это позитивный тренд, указывающий на ориентацию клиники на *curative* (излечивающую) стратегию, особенно в лечении фибрилляции предсердий.

2. Технологическое разнообразие: Использование криоаблации (35% от всех аблаций) свидетельствует о внедрении технологий "single-shot" для изоляции устьев легочных вен, что сокращает время операции и повышает пропускную способность операционной.

3. Профилактика Внезапной Сердечной Смерти (ВСС): Наличие имплантаций ИКД/CRT-D (28 случаев) подтверждает компетенции центра в лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сниженной фракцией выброса, что является вершиной электрофизиологической помощи.

Итоговый вывод:

Статистические показатели НКЦЭМ за отчетный период демонстрируют зрелую модель оказания кардиохирургической помощи с сильным акцентом на аритмологию и коронарную хирургию. Высокий уровень преемственности между интервенционными кардиологами и кардиохирургами обеспечивает оптимальную тактику реваскуляризации. Показатели летальности при острой патологии (ОИМ) контролируемы и соответствуют профилю стационара. Точкой роста является увеличение объемов клапанной хирургии.

Таблица 8. Анализ основных акушерских показателей за 2025 год

№		15.07.2025 г.-31.12.2025 г.	
		абс.	% ‰
1	Всего количество родов:		
	из них родов в стационаре	877	
	срочные	820	93,5%
	запоздалые	1	0,2%
	преждевременных	56	6,5%
	из них родов вне стационара	-	
2	Многорожавшие (IV и более)	152	18,4%
3	Многоплодные роды:	2	0,2%
	из них: двойня	2	
	тройня		
	четверня		
4	Ненаблюдавшиеся	2	0,2%
5	Индукцированные роды:	114	12%
	срочные	106	
	запоздалые	1	
	преждевременные	7	
6	% нормальных родов к общему числу родов	689	78,5%

7	Оборот койки	30,5	
	для беременных и рожениц	36,7	
	ОПБ	35,2	
8	Средняя длительность пребывания на койке	4,2	
	для беременных и рожениц	4,5	
	ОПБ	1,5	
9	Родилось всего детей	879	
	живых:	878	
	доношенных	820	
	недоношенных	58	
	мертвых:	1	
	доношенных		
	недоношенных	1	
10	Перинатальная смертность ‰		4,5‰
	мертворожденные, из них:	1	
	антенатально:	1	
	доношенных		
	недоношенных	1	
	интранатально:	-	
	доношенных		
	недоношенных		
11	Ранняя неонатальная смертность ‰	3	3,4 ‰
	доношенных		
	недоношенных	3	
12	Поздняя неонатальная смертность ‰	-	
13	Постнеонатальная смертность ‰	-	
14	Младенческая смертность		3,4 ‰
	Смертность по причинам:	3	
	А) Респираторный дистресс синдром	2	67 %
	доношенные	-	
	Б) Врожденная пневмония	1	33 %
	доношенные	-	
15	Заболеваемость новорожденных, из них:	95	100 %
	доношенных	44	46,3 %
	недоношенных	51	53,7 %
	Заболевания выявленные у них:	234	246 %
	недоношенные	156	
	доношенные	78	
	а) Нарушения церебрального статуса	64	27,4 %
	доношенные	32	
	б) Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения	41	17,6 %
	доношенные	9	
	в) Расстройства связанные с ростом плода	73	31,2 %

	доношенные	9	
	г) Эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ	3	1,2 %
	доношенные	3	
	д) Расстройства системы пищеварения	2	0,8 %
	доношенные	-	
	е) Геморрагические и гематологические нарушения	31	13,3 %
	доношенные	11	
	ж) травматизм новорожденных:	7	3 %
	доношенные	7	
	кефалогематома P12	3	
	перелом ключицы P13	4	
	з) Врожденные аномалии	6	2,6 %
	доношенные	5	
	ВПС	2	
	ВПР ЖКТ	1	
	ВПР почек	1	
	ВПР КСС	1	
	С-м Дауна	1	
	и) Инфекционные болезни	2	0,8 %
	доношенные	1	
	к) Ретинопатии	4	1,7 %
	доношенные	-	
	л) Другие	1	0,4 %
	доношенные	1	
16	Материнская смертность	-	
17	Акушерские кровотечения: в том числе	18	2%
	до 1 литра	10	
	свыше 1 литра	8	
18	Органуносящие операции при кровотечениях	1	
19	Вакуумная экстракция плода (акушерские щипцы)	33	3,7%
20	Ручное отделение и выделение последа	4	
21	Ручное обследование полости матки		
	в том числе по поводу задержки частей последа в послеродовом периоде (более 24 часов)	-	
22	Рассечение промежности:		
	эпизиотомия	36	4,1%
	перинеотомия		
23	Родовой травматизм матери:		

	разрыв шейки матки	1	0,1%
	разрыв влагалища	20	2,2%
	разрыв промежности	114	12%
	<i>из них: 3 степени</i>	-	
	разрыв матки	-	
	выворот матки	-	
24	Кесарево сечение (всего) основные показания (вписать)	188 1.Рубец на матке 2.Преэклампсия тяжелой степени 3.Угрожающее состояние плода 4. Тазовое предлежание плода	21%
25	Оперативная активность		51,8%
26	Гестозы, из них:	102	11,6%
	преэклампсия тяжелой степени	33	3,7%
	преэклампсия не тяжелой степени	26	2,9%
	эклампсия		
27	Аномалии родовой деятельности		
	Оперативное родоразрешение по поводу безэффективности лечения слабости р/деятельности	5	
	Оперативное родоразрешение по поводу безэффективности родовозбуждения	12	
28	Роды на 3 уровне регионализации перинатальной помощи		
	в том числе преждевременные		
29	Поступило беременных под наблюдение ж/консультации		
30	Подлежало контрацептированию женщин		
31	Охвачено контрацепцией женщин		
32	Осложнения во время беременности:		
	гестозы		
	сердечно - сосудистые заболевания		
	анемии		
	заболевания мочевыводящих путей		
	эндокринные заболевания		
	прочие		
	Уд.вес беременных группы высокого риска		
	% заблаговременной госпитализации из групп высокого риска		
33	Гнойно - септические осложнения		
A	Послеродовые:		

	1. Генерализованные формы:	-	
	сепсис		
	перитонит		
	2. Локализованные формы:		
	мастит		
	метроэндометрит	-	
	расхождение ш/п		
	эндометрит		
В	Послеоперационные осложнения:	1	
	метроэндометрит	1	
	абцесс		
	Сепсис		
	пневмония		
	Кистозная гипоплазия обеих почек.		
	пиелонефрит		
	Эмболия околоплодными водами		
	ОРВИ тяжелое течение		
	экстерпация матки		
	Приступ пароксизмальной наджелудочковой тахикардии		
	Гиповолемический шок		
	Эндометрит		
	панкреатит		
34	Количество критических случаев (%) (причины)	2	
	кровотечение	1	
	разрыв матки		
	HELLP синдром		
	Рвота беременных тяжелой		
	сепсис		
	пневмония		
	пиелонефрит		
	эклампсия		
	экстирпация матки		
	эмболия околоплодными водами		
	острая жировая дистрофия		
	кровотечение		
	хроническая ЖДА		
	пиелонефрит		
	разрыв матки		
	HELLP синдром		
	Рвота беременных тяжелой		
	сепсис		
	отек мозга		
	ВПС. Субаортальный дефект межжелудочковый перегородки		
	легочная гипертензия тяжелой степени		
	Уросепсис		

	пневмония		
	Кардиогенный шок		
	Приобретенный порок сердца		
	Коронавирусная инфекция COVID-19		
	общемозговой синдром		
	геморагический инсульт		
	Гигантская ангиомиолипома		
	Тромбоз	1 - Тромбоз эмболия легочной артерии с поражением главных, долевых, сегментарных, субсегментарных ветвей левой ЛА, долевых, сегментарных, субсегментарных ветвей правой ЛА. PESI II.	
	разрыв матки		
35	Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения	14	1,6%
36	Тазовое предлежание плода	22	2,2%
37	Угрожающее состояние плода	57	6.4%

1. Демографический профиль и интенсивность госпитализации

За отчетный период принято 877 родов. Особое внимание заслуживает социальный и биологический анамнез пациенток: доля многоорожавших (IV и более роды) составила 18,4% (152 чел.), что коррелирует с общерегиональными тенденциями, но повышает риски акушерских осложнений. Удельный вес "ненаблюдавшихся" женщин минимален (0,2%), что свидетельствует о качественной преемственности с амбулаторным звеном.

Использование коечного фонда характеризуется сверхнормативной нагрузкой: оборот койки для рожениц составил 36,7, ОПБ — 35,2. Средний койко-день (4,2-4,5) подтверждает приверженность принципам ранней выписки при сохранении высокого качества мониторинга.

2. Родоразрешение и оперативная активность

Показатель нормальных родов зафиксирован на уровне 78,5%. Общая оперативная активность достигла 51,8%, что объясняется высокой концентрацией патологии (3-й уровень). Частота кесарева сечения составила 21%. Ведущими показаниями являются: рубец на матке после КС, тяжелая преэклампсия (3,7% от всех родов) и дистресс плода.

Важным достижением является внедрение практики родов через естественные родовые пути у пациенток с рубцом на матке (VBAC) — 14 случаев (1,6%). Частота индуцированных родов (12%) соответствует стандартам ведения осложненной беременности. Применение вакуум-экстракции (3,7%) остается в рамках допустимых значений.

Структура родов



3. Перинатальные исходы и неонатальная заболеваемость

Перинатальная смертность составила 4,5 ‰ (мертворождаемость — 1 случай антенатально). Ранняя неонатальная смертность — 3,4 ‰ (3 случая), все среди недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Причины смерти: РДС (67%) и врожденная пневмония (33%).

Индекс заболеваемости новорожденных составил 2,46 (234 диагноза на 95 детей). В структуре патологий преобладают расстройства питания/роста (31,2%) и нарушения ЦНС (27,4%). Высокая доля недоношенных в структуре заболеваемости (53,7%) подтверждает необходимость дальнейшей технологической поддержки службы реанимации новорожденных.

Заболеваемость новорожденных (Доношенные vs Недоношенные)



4. Безопасность матери и критические случаи

Материнская смертность — 0. Зарегистрировано 2 критических случая (Near Miss), включая ТЭЛА тяжелой степени и массивное кровотечение. Своевременный мультидисциплинарный подход позволил сохранить жизни пациенток.

Травматизм матери представлен преимущественно разрывами промежности (12%) и влагалища (2,2%).

Заключение и выводы

- Старт работы отделения признан успешным с выходом на расчетную мощность за первый квартал эксплуатации.
- Требуется внедрение программы "Безопасное материнство" для снижения травматизма мягких тканей родовых путей.
- Показатель VBAC (вагинальные роды после ранее выполненного кесарева сечения) (1.6%) следует считать целевым для дальнейшего роста в целях снижения частоты первичного КС.
- Высокая заболеваемость новорожденных диктует необходимость усиления амбулаторного мониторинга беременных групп высокого риска.

Таблица 9. Анализ летальных случаев

№	Департаменты	Всего умерло	Вскрыты ПАБ	Вскрыты СМЭ	% вскрытия	Без вскрытия
1	Департамент кардиохирургии с кардиологией	25	14	0	56,0%	11
2	Департамент нейрохирургии	39	6	10	43,6%	23
3	Департамент урологии	2	0	0	0%	2
4	Департамент общей хирургии	10	4	4	80,0%	2
5	Департамент гнойно-септической хирургии с комбустиологией	6	2	1	50,0%	3
8	Департамент терапии с Центром аритмологии	5	2	0	40,0%	3
9	Департамент акушерства	3	3	0	100%	0
	Итого	90	31	15	52,2 %	44

1. Общие показатели летальности и патологоанатомической деятельности

По итогам отчетного периода зарегистрировано 90 летальных исходов.

- Всего проведено секционных исследований: 46 (51.1%).
- Патологоанатомические вскрытия (ПАБ): 31 (67.4% от всех вскрытий).
- Судебно-медицинская экспертиза (СМЭ): 15 (32.6% от всех вскрытий).
- Случаи выдачи тел без вскрытия: 44 (48.9%).

Вывод: Общий процент вскрываемости (51.1%) находится в пределах средних показателей для многопрофильных стационаров скорой помощи, однако доля случаев

без аутопсии (почти 50%) требует детального анализа причин отмен (заявления родственников, религиозные мотивы, отсутствие дефектов оказания помощи на догоспитальном и госпитальном этапах).

2. Структурный анализ летальности по профилям отделений

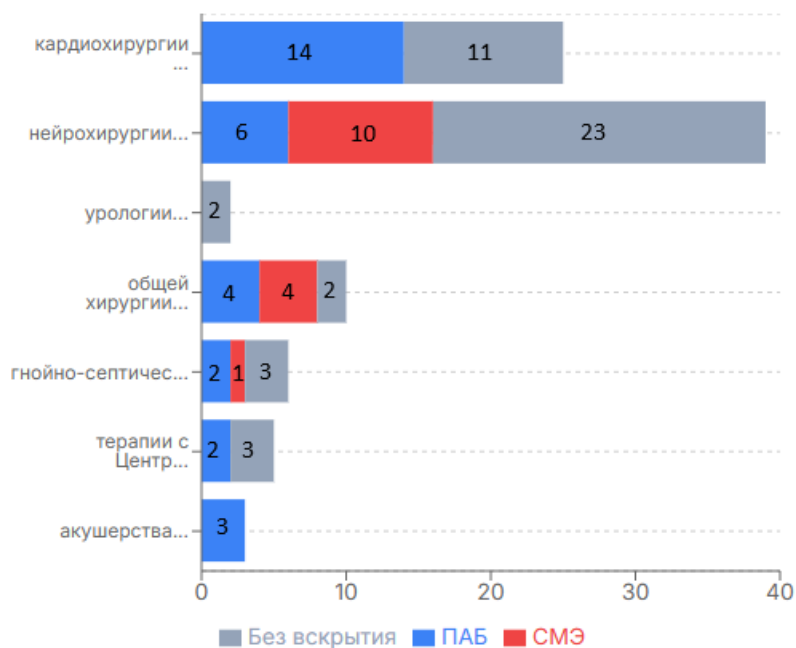
Анализ распределения летальных исходов демонстрирует четкую корреляцию с профилем тяжести поступающих пациентов и спецификой работы НКЦЭМ как центра экстренной медицины.

2.1. Лидеры по абсолютным показателям летальности

1. Департамент нейрохирургии (39 случаев, 43.3% от общей летальности). Высокая летальность обусловлена концентрацией пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу. СМЭ-профиль: 10 случаев (25.6% от умерших в отделении) направлены на судебно-медицинскую экспертизу. Это самый высокий показатель по стационару, что подтверждает значительную долю травматического генеза (ДТП, криминальные травмы, падения с высоты) в структуре госпитализаций. Низкий % вскрытия (43.6%): связан с наличием верифицированных диагнозов (такие как неоперабельные опухоли или тяжелые инсульты у пожилых), где родственники воспользовались правом отказа от вскрытия.

2. Департамент кардиохирургии с кардиологией (25 случаев, 27.7% от общей летальности). Вторая по значимости группа. СМЭ-профиль: 0 случаев. Смертность носит исключительно соматический характер (декомпенсация ХСН, осложнения ОКС, послеоперационная летальность). Процент вскрытия (56.0%): выше среднего по стационару, что свидетельствует о качественном клинико-анатомическом анализе кардиальной патологии.

Структура летальности и экспертиз по отделениям



3.2. Хирургический профиль и травматизм

Департамент общей хирургии (10 случаев). Показан высокий уровень качества контроля: 80.0% вскрываемости. Высокая доля СМЭ (4 случая из 10) указывает на urgentный характер патологии (травмы органов брюшной полости, ножевые ранения). Гнойно-септическая хирургия с комбустиологией (6 случаев). СМЭ — 1 случай (вероятно, термическая травма/пожар). 50% вскрываемости — стандартный показатель для септических больных с длительным анамнезом.

4. Оценка качества диагностики и критические показатели (KPI)

4.1. Акушерская служба

Департамент акушерства: 3 летальных исхода. Материнская смертность — 0. Процент вскрытия: 100%. СМЭ: 0. Данный показатель является критически важным индикатором качества. Так же, согласно действующим нормативным документам, все случаи материнской смертности подлежат обязательному патологоанатомическому исследованию. Полный охват подтверждает соблюдение установленного порядка и прозрачность работы отделения, открытого в июле 2025 года.

4.2. Проблемные зоны

Департамент урологии: 2 летальных исхода. Процент вскрытия: 0%. Несмотря на малую выборку, отсутствие вскрытий требует проверки медицинской документации на предмет обоснованности выдачи тел (исключение ятрогенных осложнений или недиагностированной онкопатологии).

Департамент терапии: 5 случаев, 40% вскрытий. Низкий процент секций в терапевтическом звене может маскировать расхождения диагнозов, особенно у коморбидных пациентов пожилого возраста.

5. Выводы и рекомендации

1. Структура летальности соответствует профилю НКЦЭМ как учреждения скорой помощи: доминируют нейрохирургическая и кардиохирургическая патологии.

2. Высокая доля СМЭ в нейрохирургии (25.6%) и общей хирургии (40%) подтверждает значительный вклад травматизма и насильственной смерти в поток пациентов.

3. Акушерская служба демонстрирует эталонное соблюдение протоколов разбора летальных исходов (100% аутопсия).

Таблица 10. Работа департамента диагностики

№	Наименование исследований	17.03.2025-31.12.2025		
		Всего	Бюджет	Платно
1	КТ	9747	9448	299
	из них взрослым	9745	9446	299
	из них детям	2	2	0
2	МРТ	709	445	264
	из них взрослым	709	445	264
	из них детям	0	0	0
3	Рентгенологические исследования	14 850	14 242	608
	из них взрослым	14800	14 192	608
	из них детям	50	50	0
4	УЗИ исследования	36 266	35 913	353
	из них взрослым	36 147	35 794	353
	из них детям	119	119	0
5	Функциональные исследования	8495	8218	277
	из них взрослым	8495	8218	277
	из них детям	0	0	0
6	Эндоскопия	3111	2848	263
Итого:		73 178		

1. Общий анализ объемов и пропускной способности

За анализируемый период (290 дней) выполнено 73 178 исследований. Среднесуточная нагрузка: порядка 252 исследований в день (включая выходные). Это свидетельствует о высокой интенсивности работы диагностической службы.

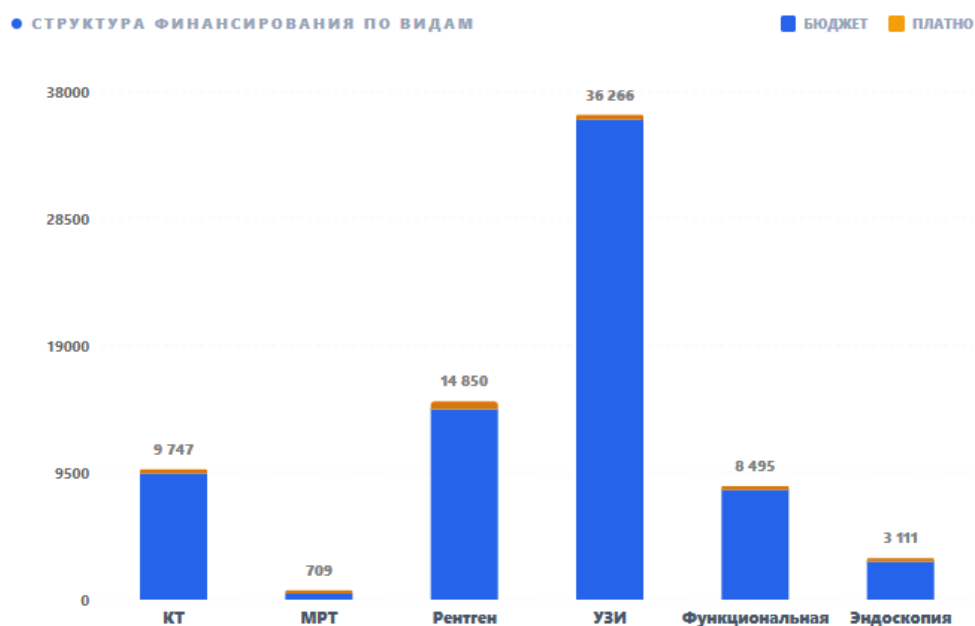
Бюджет vs Платные услуги: Организация функционирует преимущественно в рамках государственного задания (ОСМС/ГОБМП). Доля бюджетных исследований составляет 97,2% (71 114 ед.), доля платных услуг крайне мала — 2,8% (2 064 ед.).

Оценка мощности: Текущий объем указывает на высокую загрузку рутинных методов (УЗИ, Рентген), однако объем высокотехнологичной диагностики (МРТ) выглядит непропорционально низким для центра национального уровня (НКЦЭМ), что может свидетельствовать о простое оборудования или кадровом дефиците.

2. Структурный дисбаланс

Структура исследований демонстрирует явный перекос в сторону "легкой" и первичной диагностики: **Доминирование УЗИ:** 36 266 исследований (49,6% от общего объема). Почти половина всей работы департамента приходится на ультразвук. Это создает колоссальную нагрузку на врачей УЗД и требует тщательного анализа штатного расписания во избежание профессионального выгорания и снижения качества диагностики. **Рентген и КТ:** Рентгенография (20,3%) и КТ (13,3%)

занимают устойчивые позиции, что характерно для стационаров экстренной помощи (травмы, пневмонии, острые хирургические патологии). **Провал в МРТ:** Всего 709 исследований за 9,5 месяцев (менее 1% от общего объема). Это критически низкий показатель (в среднем менее 3 исследований в день). Необходимо отметить что за отчетный период, Томограф магнитно-резонансный Ingenia Elition X 3.0T Philips, периодический дает сбой, выдавая ошибку охлаждения системы. Компрессор был заменен несколько раз, положительный эффект от замены компрессора временный. Перегрев системы охлаждения имеет систематический характер до настоящего времени. Чиллер МРТ аппарата так же периодический дает ошибки. По данным медицинских инженеров НКЦЭМ проблема в отсутствии расширительного бочка. После установки расширительного бочка, данная проблема не устранена. На данный момент уже 5 раз заменен компрессор, что требует решение проблемы.



3. Коммерческий потенциал и платные услуги

Анализ доходности выявляет парадоксальную ситуацию:

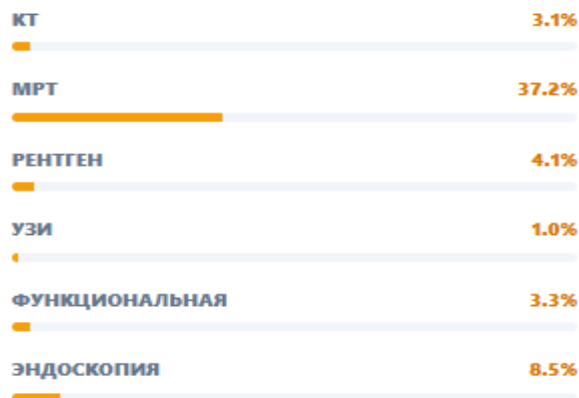
МРТ — точка роста: Несмотря на самый низкий валовый объем, МРТ демонстрирует высочайшую долю коммерциализации — 37,2% (264 из 709). Вывод: Спрос на платные МРТ велик. Пациенты готовы платить за эту услугу, вероятно, из-за очередей на бюджетные квоты. Низкий общий объем МРТ означает прямую упущенную выгоду для организации.

КТ — упущенная выгода: При огромном потоке (9 747 исследований), доля платных услуг составляет всего 3%. Сравнение: МРТ приносит почти столько же платных пациентов (264), сколько и КТ (299), при том что объем работы на КТ в 13 раз выше. Это говорит о том, что КТ работает почти исключительно как экстренная служба "на вход", игнорируя амбулаторный коммерческий спрос.

Эндоскопия: Доля платных услуг составляет 8,4%, что является вторым показателем после МРТ. Это направление имеет потенциал для роста (например, за счет внедрения услуг "во сне").

УЗИ: Доля платных всего 0,9%. Учитывая огромный поток, даже незначительное повышение конверсии в платные услуги (до 5-7%) дало бы существенный прирост выручки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ



4. Выводы и рекомендации

1. Расширение службы МРТ (Критично): Необходимо выяснить причину низкой загрузки (2-3 пациента в день). Если проблема техническая — срочный ремонт. Если организационная — введение 2-й и 3-й смены. Учитывая конверсию в платные услуги (37%), запуск МРТ на полную мощность станет главным драйвером выручки департамента.

2. Оптимизация УЗИ: Нагрузка в 36 тыс. исследований требует проверки нормирования труда. Рекомендуется выделить скрининговые потоки и экспертные исследования. Ввести КРІ для врачей УЗД на выявление патологий, чтобы количество не шло в ущерб качеству.

3. Доля платных услуг компьютерной томографии, составляющая 3%, является критически низкой для высокотехнологичного диагностического оборудования и не отражает его потенциал использования. В целях увеличения объёмов платных услуг целесообразно рассмотреть организацию «зелёного коридора» для платных пациентов в часы наименьшей загрузки приёмного отделения, а также в выходные дни, что позволит повысить доступность исследования без ущерба для основной деятельности стационара.

Одновременно низкий удельный вес платных услуг обусловлен недостаточной информированностью населения, связанной с отсутствием системной рекламно-информационной работы в СМИ и социальных сетях. Для наращивания объёмов платных диагностических услуг необходим комплексный и скоординированный подход, включающий взаимодействие департамента диагностики, врачей клинических департаментов, отдела развития маркетинга и отдела платных услуг.

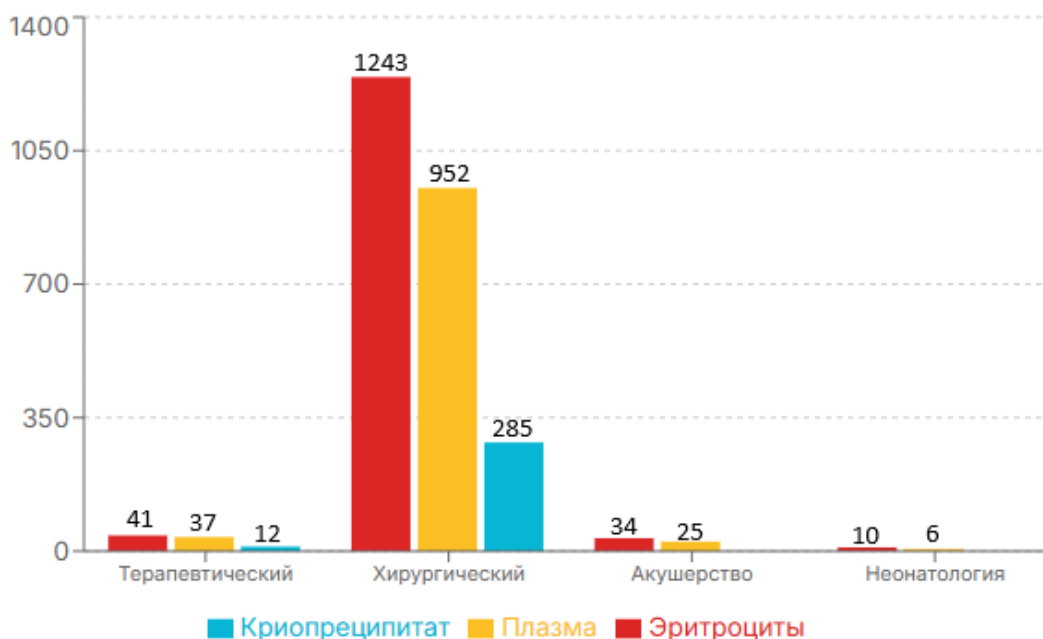
Деятельность отделения трансфузиологии
Таблица 10. Переливание крови, ее компонентов

Профиль койки	Реципиенты	Эритроциты (дозы)	Плазма (дозы)	Криопреципитат	ИТОГО доз	Осложнения
Терапевтический	25	41	37	12	107	0
Хирургический	384	1243	952	285	2695	0
Акушерство	15	34	25	0	59	0
Неонатология	9	10	6	0	17	0

2. Ключевые показатели эффективности

В 2025 году служба крови НКЦЭМ продемонстрировала высокую клиническую эффективность и абсолютную иммунологическую безопасность. Общий объем трансфузионной нагрузки составил 2878 доз компонентов крови, распределенных среди 433 реципиентов. Ключевое достижение года: Зафиксировано 0 (ноль) посттрансфузионных осложнений. Данный показатель свидетельствует о безупречной работе лабораторного звена (иммуногематология, инфекционная безопасность) и строгом соблюдении клинических протоколов на этапах «от венозного доступа донора до вены реципиента». Средний трансфузионный индекс (ТИ) по стационару составил 6,6 дозы на одного пациента, что характеризует контингент больных как крайне тяжелый, требующий массивной гемостатической и заместительной терапии.

Потребление компонентов (дозы)



2. Структура потребления и клинический профиль

Доминирование хирургического профиля

Хирургическая служба является абсолютным потребителем ресурсов отделения: 2695 доз (93,6% от общего объема).

Анализ соотношения компонентов (Эритроциты : Плазма):

В хирургическом секторе перелито 1243 дозы эритроцитсодержащих сред и 952 дозы СЗП. Соотношение составляет 1,3 : 1.

Клиническая интерпретация: Это показатель высокого качества трансфузиологической тактики. Мы ушли от устаревшей практики переливания только эритроцитов, приближаясь к концепции «Damage Control Resuscitation» (соотношение 1:1:1). Анестезиологи-реаниматологи эффективно профилактируют дилуционную коагулопатию при массивных кровопотерях, замещая факторы свертывания параллельно с переносчиками кислорода.

Кардиохирургия (399 операций, летальность 2,7-4,2%):

Учитывая высокую летальность и объем операций, данный сектор генерирует основную потребность в компонентах. Высокий уровень потребления плазмы и тромбоцитов здесь оправдан необходимостью коррекции гемостаза после АИК (аппарата искусственного кровообращения).

Нейрохирургия (244 операции, летальность 10,8%):

Максимальная летальность при меньшем объеме трансфузий (по сравнению с кардиохирургией) указывает на тяжесть исходной неврологической патологии, а не на геморрагический шок. Однако, тактика трансфузий здесь должна быть филигранной: поддержание нормокоагуляции критично для предотвращения вторичных внутричерепных гематом.

Урология и Гинекология:

При высокой оперативной активности (76-92%) наблюдается низкое потребление крови. Это свидетельствует об успешном применении малоинвазивных технологий и тщательном хирургическом гемостазе — пример эффективного кровесбережения.

Терапия, Акушерство и Неонатология

Акушерство (59 доз с 15.07.2025): За полгода работы нового направления потребление умеренное. Однако акушерство — это всегда риск фулминантных (молниеносных) кровотечений. Наличие запаса СЗП и криопреципитата здесь критически важно.

Неонатология (17 доз на 9 детей): Работа ведется в режиме «ювелирной точности». Малые дозы, индивидуальный подбор. 10 доз эритроцитов на 7 детей говорят о тяжелой анемии недоношенных или гемолитической болезни.

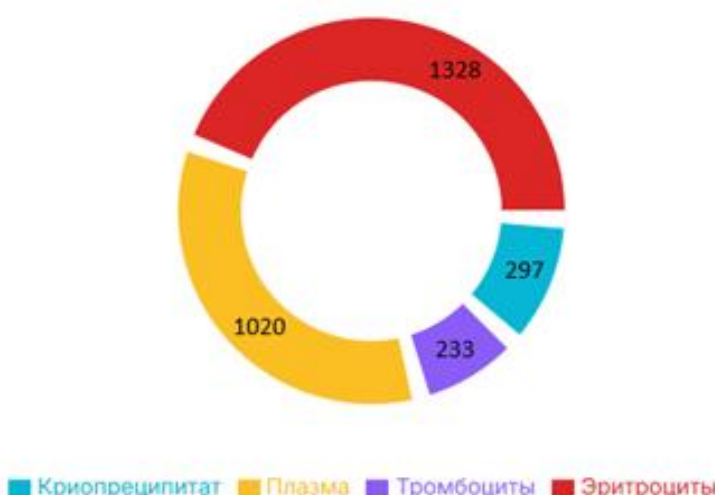
3. Анализ гемостатической стратегии и запасов

Особое внимание обращает на себя потребление криопреципитата — 285 доз в хирургии (всего по клинике >290).

1. Интерпретация: Высокое потребление криопреципитата (источника фибриногена и фактора VIII) подтверждает наличие у пациентов тяжелых коагулопатий потребления. Клиницисты активно борются с гипофибриногенемией, что является современным стандартом лечения массивных кровотечений.

2. Логистика: Учитывая, что криопреципитат — дефицитный компонент с коротким сроком годности после разморозки, необходимо расширение стратегического запаса в криобанке на 15-20% от текущего уровня, чтобы гарантировать безопасность при одновременном поступлении 2-3 пациентов с массивной кровопотерей (особенно с учетом открытия акушерского профиля).

Структура банка крови по компонентам



4. Безопасность и иммуногематология

Показатель 0 посттрансфузионных осложнений на 2878 доз — результат жесткого системного контроля:

1. Лабораторный скрининг: Использование высокочувствительных методов ИФА/ПЦР для детекции трансмиссивных инфекций в «серонегативном окне».

2. Иммуногематология: Индивидуальный подбор крови не только по системе АВ0/Rh, но и по минорным антигенам (Kell, фенотип C/c/E/e). Это полностью исключило аллоиммунизацию, что особенно важно для пациентов с хронической потребностью в трансфузиях (терапия) и женщин детородного возраста.

3. Неонатальная безопасность: для 9 новорожденных использовались исключительно компоненты, прошедшие лейкоредукцию и (при необходимости) гамма-облучение, с индивидуальным перекрестным подбором.

5. Стратегические выводы и рекомендации на 2026 год

На основании проведенного анализа, для поддержания высоких стандартов Patient Blood Management (PBM), предлагаю:

1. Клинический аудит Нейрохирургии: Совместно с начмедом провести разбор летальности (10,8%) в нейрохирургии на предмет корреляции с нарушениями гемостаза. Возможно, требуется коррекция протоколов трансфузии тромбоцитов или факторов свертывания у данной категории больных.

2. С учётом профиля стационара, высокой доли экстренных пациентов, хирургических вмешательств и случаев массивной кровопотери, актуальным является оснащение отдела трансфузиологии **тромбоэластографом**. Использование данного оборудования позволит обеспечить персонифицированный подход к коррекции нарушений гемостаза, сократить необоснованное переливание компонентов крови, снизить риск трансфузионных осложнений и повысить клиническую эффективность лечения пациентов в критических состояниях.

Деятельность клинико-диагностической лаборатории
Таблица 11. Деятельность лабораторий

Всего	Число проведенных анализов в том числе:						
	Гематологи - ческие	Цитоло- гические	Биохими- -ческие	Микробио- логические	Иммуно- логичес- кие	Медико- генетичес кие	Общекли- нические
357 732	35 016	0	297 793	0	6711	0	18212

1. Анализ масштаба и интенсивности деятельности.

За отчетный период (менее 10 календарных месяцев) лабораторией выполнено 357 732 исследования. Учитывая период функционирования, среднесуточная нагрузка на подразделение является экстремально высокой. Такой объем диагностической работы свидетельствует о высокой пропускной способности лаборатории и интенсивном лечебно-диагностическом процессе в клинических отделениях НКЦЭМ. Лаборатория работает в режиме повышенной оперативной готовности, обеспечивая массированный поток данных для принятия врачебных решений.

2. Структурный анализ номенклатуры исследований

В структуре выполненных тестов выявлена абсолютная доминанта биохимических исследований — 297 793 теста, что составляет 83,2% от общего объема. **Интерпретация в контексте профиля НКЦЭМ:** Столь высокая доля биохимии не характерна для рутинного поликлинического этапа, но типична для стационаров, специализирующихся на лечении пациентов с полиорганной патологией, метаболическими нарушениями и критическими состояниями. Это подтверждает статус центра как учреждения, занимающегося сложной соматической патологией, требующей углубленного мониторинга функций печени, почек, поджелудочной железы и маркеров воспаления.

3. Анализ специализированных показателей и критических параметров.

Детальный разбор метрик демонстрирует фокус на мониторинге витальных функций и системы гемостаза:

- Гемостазиология (Свертываемость): 48 062 исследования. Объем исследований коагулограммы превышает даже количество общих анализов крови (29 164). Это указывает на высокую хирургическую активность центра, наличие пациентов с рисками тромбоэмболических осложнений, либо специализацию на сердечно-сосудистой/цереброваскулярной патологии.
- Водно-солевой обмен (35 401) и Газовый состав крови (11 710). Суммарно более 47 000 тестов, относящихся к "прикроватной" диагностике (Point-of-Care) или диагностике неотложных состояний. Высокая частота назначения электролитов и КЩС (кислотно-щелочного состояния) — прямой маркер загруженности департамента реанимации и интенсивной терапии (ДАРИТ). Лаборатория фактически выполняет функцию ключевого звена в контуре жизнеобеспечения пациентов.



4. Оценка отсутствующих направлений (Нулевые показатели)

Согласно данным Таблице 11, следующие направления имеют нулевые показатели: Микробиологические исследования; Цитологические исследования; Генетические исследования.

Стратегическое резюме: Текущая модель работы предполагает, вероятно, внешний аутсорсинг данных направлений. Касательно цитологии и генетики: Учитывая их плановый характер и высокую стоимость оснащения/кадров, сохранение аутсорсинга экономически оправдано при условии соблюдения сроков доставки биоматериала. **Касательно микробиологии:** Отсутствие собственной бактериологической базы при наличии активного блока интенсивной терапии (подтвержденного данными по газам крови и электролитам) несет риски. Задержка в получении антибиотикограммы из внешней лаборатории может критически влиять на тактику антибактериальной терапии при сепсисе. **Рекомендация:** Рассмотреть возможность внедрения экспресс-методов микробиологической диагностики (ПЦР, масс-спектрометрия) на базе КДЛ или пересмотр логистики аутсорсинга для сокращения времени выдачи результата (ТАТ).

Заключение

Клинико-диагностическая лаборатория за отчетный период продемонстрировала высокую эффективность, сфокусировавшись на обеспечении отделений реанимации и хирургии (биохимия, гемостаз, КЩС). Производственные мощности загружены максимально. Структура исследований полностью соответствует профилю центра, оказывающего высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам в тяжелом и среднетяжелом состоянии.

Отчёт о деятельности Отдела контроля качества и службы поддержки пациентов за 2025 год (период: июнь–декабрь 2025 года)

Проведение внутренней экспертизы медицинских карт стационарного пациента пролеченных случаев

За период с июля по сентябрь включительно ежемесячно проводятся аудит 15% закрытых медицинских карт стационарного пациента (согласно: Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)»).

В разделе департамента:

- 1) терапия: 275 МКСП
- 2) урология: 433 МКСП
- 3) кардиохирургии и кардиология: 203 МКСП
- 4) общая хирургия: 118 МКСП
- 5) политравма: 186 МКСП
- 6) гнойно -септическая хирургия с комбустиологией: 386 МКСП
- 7) гинекология: 561 МКСП
- 8) акушерство: 110 МКСП
- 9) нейрохирургия и неврология: 297 МКСП

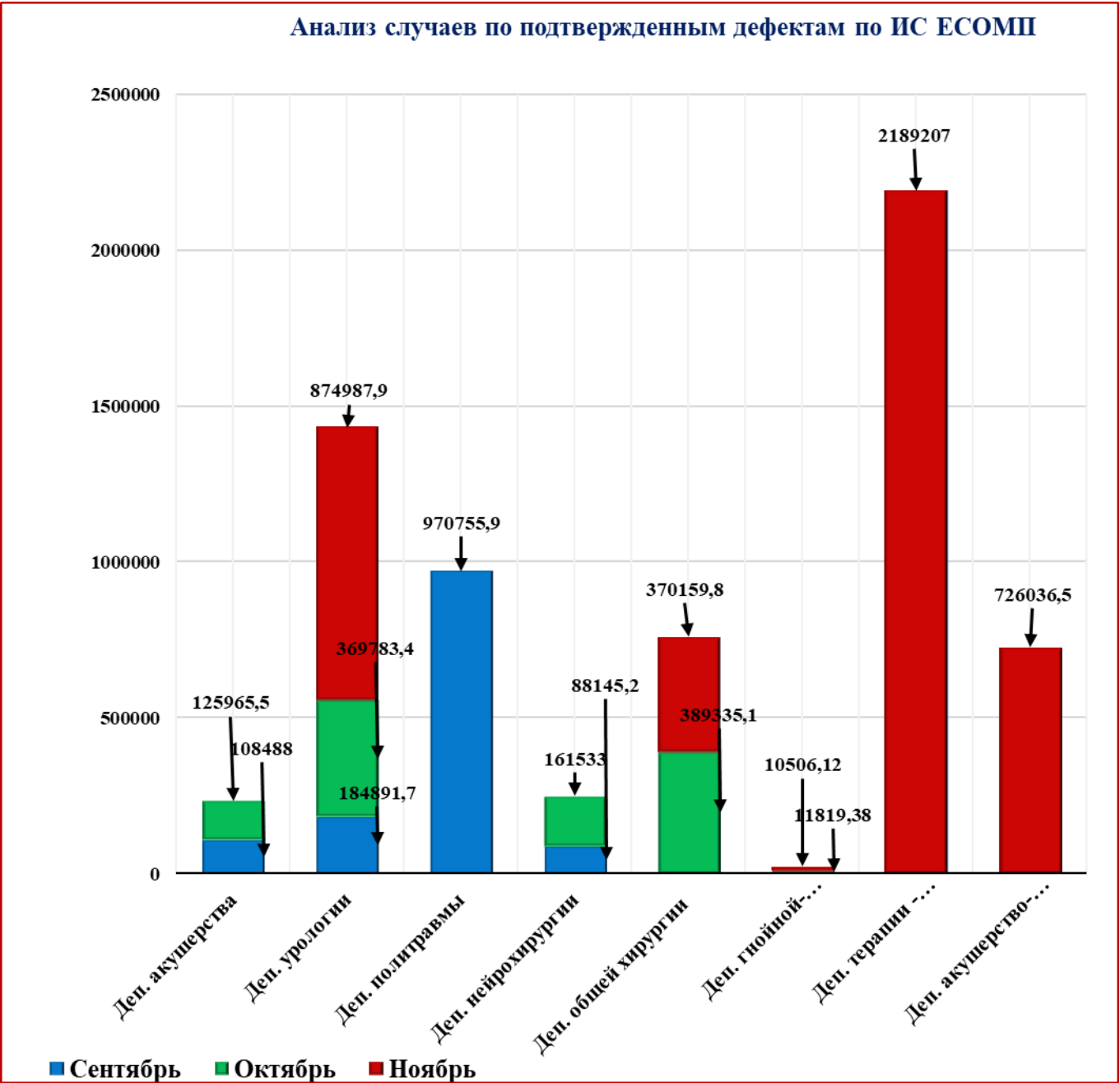
Наиболее частые нарушения:

1. Некачественное ведение медицинской документации (Несоблюдение структуры документа (единым текстом описаны жалобы, анамнеза заболевания, анамнез жизни, объективный статус).
2. Расхождения с клиническими протоколами, необоснованные назначения лекарственных препаратов, необоснованные диагностические обследования и лабораторно-клинические анализы (к примеру, при госпитализации пациента с диагнозом I84.1 Хронический геморрой, проводится КТ головного мозга).
3. Необоснованная госпитализация (отсутствие показаний, недооценка состояния пациента).
4. Госпитализация пациента с диагнозом, согласно приказу от 24 марта 2022 года № ҚР-ДСМ-27 «Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстане» не соответствует для лечения в круглосуточном стационаре.
5. Отсутствие\ шаблонные дневниковые записи.

Проведение внутренней экспертизы медицинских карт стационарного пациента летальных случаев

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 230 МЗ РК, регламентирующим порядок организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг, в отчетном периоде проведена **комплексная экспертиза 74 из 90 летальных случаев**. Целью проведения экспертизы являлась оценка соответствия оказанной медицинской помощи установленным стандартам и клиническим протоколам, выявление факторов,

способствовавших наступлению летального исхода, а также формирование рекомендаций по предотвращению подобных случаев в будущем.



Отчет по обращаемости в службу поддержки пациентов за период с 14.03.2025 по 31.12.2025г.

В Отдел контроля качества и службу поддержки пациентов за период **июнь–декабрь 2025 года** поступило **516 обращений**, из них: благодарности — **358 (69,4%)**, жалобы — **157 (30,4%)**, отозванные жалобы — **1 (0,2%)**.

Основная часть благодарностей поступила через систему **2ГИС — 354 (98,9%)**, через **E-Otinish — 4 (1,1%)**. В иные источники (социальные сети, блог руководителя, ФСМС, СПП, МЗ, УОЗ, i-Komtek) обращения с благодарностями не поступали. Жалобы преимущественно поступили через **2ГИС — 116 (73,9%)**, **E-Otinish — 39 (24,8%)**, **CRM — 2 (1,3%)**; **1 жалоба была отозвана заявителем**. В иные источники жалобы не поступали.

Все жалобы рассмотрены Отделом контроля качества и СПП, заявителям даны разъяснения. Из них **39 жалоб признаны частично обоснованными, 3 — обоснованными**.

По обращениям проведено **5 заседаний Комиссии**. По итогам **3 заседаний** основания для вынесения вопросов на дисциплинарный совет не установлены. По результатам **разбора №3** материалы признаны обоснованными и направлены в дисциплинарный совет в отношении **6 врачей** (нейрохирургия и неврология, кардиохирургия и кардиология, экстренная медицинская помощь). По **разбору №5** жалоба признана обоснованной и направлена в дисциплинарную комиссию в отношении врача-нейрохирурга и врача-рентгенолога. Остальные жалобы рассмотрены без формирования комиссии, что соответствует положению о Комиссии.

По обращению гр. Мустафа О.М. № ЖТ-2025-02599206 от 01.08.2025 г. по факту смерти Мустафеевой Л.М. проведена внеплановая проверка Департаментом Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК по г. Астана (акт №122 от 17.09.2025 г.). Обращение признано обоснованным, выдано предписание об устранении нарушений.

В соответствии с протоколом аппаратного совещания МЗ РК от 29.09.2025 г. назначена независимая экспертная комиссия (8 профильных специалистов, включая представителя страхового брокера).

Согласно заключению НЭК №1 от 05.11.2025 г., смерть пациентки наступила вследствие гипоксически-ишемического поражения головного мозга на фоне интраоперационных осложнений. При этом установлено, что действия медицинского персонала соответствовали действующим клиническим протоколам и были направлены на спасение жизни пациентки. Выявленные расхождения между клинической картиной, инструментальными данными и результатами аутопсии не позволили установить прямую причинно-следственную связь.

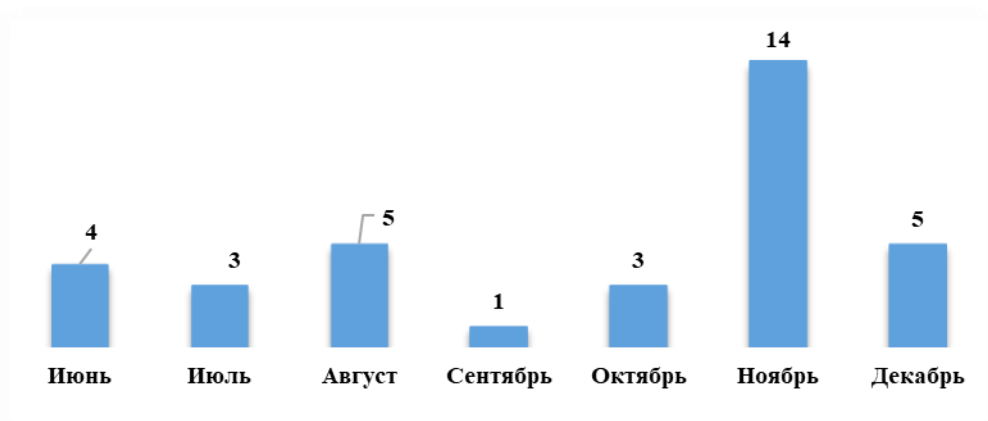
На основании заключения НЭК страховой компанией подтверждено отсутствие факта причинения вреда жизни и здоровью пациента. В связи с этим правовые основания для осуществления страховой выплаты отсутствуют.

ИНЦИДЕНТЫ

За июнь-декабрь месяцы 2025 года в Отдел контроля качества и служба поддержки пациентов поступил всего 35 **инцидентов** от Департаментов и структурных подразделений РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины».

Классификация инцидентов по категориям: медицинские инциденты–20, авиационные инциденты- 8, инциденты организационного характера – 4, инциденты, связанные со зданием НКЦЭМ -3.

- Последствия инцидента: без вреда для здоровья – 27, с незначительным вредом- 5, с значительным вредом здоровью-3.
- Виды ошибки: потенциальные ошибки – 2, ошибки – 33.
- С вовлечением пациентов и персонала – 16, с вовлечением персонала – 17, пациентов -2 инцидента.



Выводы

1. Проведенный анализ зарегистрированных инцидентов показал, что за июнь-декабрь месяцы 2025 года самый высокий показатель сообщений и регистрации инцидентов был в ноябре месяце, в остальные периоды динамика оставалась на одном уровне.
2. Согласно результатам анализа первопричин, за июнь-декабрь 2025 года 22,9% составило авиационные инциденты, 57,1% -медицинские инциденты, 11,4%-инциденты организационного характера, 8,6%-инциденты связанные со зданием НКЦЭМ.
3. Основными причинами инцидентов стали:
 - несоблюдение установленных стандартов и процедур;
 - некорректное обращение с медицинскими оборудованием;
 - человеческий фактор и недостаточный уровень информированности сотрудников;
 - не соблюдение правил подготовки пациента к операциям;
 - технические ограничения или сбои оборудования/систем;
 - задержки и отмены вылетов по техническим причинам и др.

4. В целях минимизации ущерба и предотвращения повторения повторных случаев, ОККиСПП рекомендуется продолжить работу над мониторингом исполнения рекомендаций и корректирующих мер по инцидентам.

**Анализ случаев
прошедших экспертизу объема и качества по подтвержденным дефектам
в рамках ОСМС и ГОБМП
РГП на ПХВ «НКЦЭМ» за 6 месяцев (июль-декабрь) 2025 года в разрезе
департаментов**

Общая сумма штрафов по ЕСОМП составила за **12 550 786,3 тг.**

За 2025 год всего пролечено 9 268 пациента, на сумму **4 642 411 181,89 тг** из них по ОСМС 8 066 пациента, на сумму

4 184 573 918,36 тг и по ГОБМП 1 113 пациента, на сумму **431 275 808,25 тг**, платно 89 пациентов на сумму **26 561 455,28 тг.**

За 2 полугодие 2025 года всего поступили 1266 дефектов по пролеченным случаям, в том числе по ВТМУ, отработано экспертами ОКК и СПП 1188 случаев, возражения приняты, штрафы сняты, 78 –обоснованные, лечащие врачи ознакомлены с дефектами, в разрезе структурных подразделений:

1. Департамент кардиохирургии с кардиологией – 1 случай, общая сумма дефекта – **467 317,6 тг**

2. Департамент терапии с Центром аритмологии – 3 случая, общая сумма дефекта – **4 691 288,9 тг**

3. Департамент политравма июль месяц – 7 случаев, общая сумма дефекта **2 615 287,55 тг**

4. Департамент гнойно-септической хирургии с комбустиологией – 4 случая, общая сумма дефекта **489 643,1тг**

5. Департамент гинекологии – 4 случая, общая сумма дефекта **495 600,13 тг**

6. Департамент общей хирургии – 15 случая, общая сумма дефекта **1 666 820,82 тг**

7. Департамент акушерства – 7 случая, общая сумма дефекта **1 666 820,82 тг**

8. Департамент урологии – 8 случая, общая сумма дефекта **1 429 663,02 тг**

9. Департамент нейрохирургия и неврологии – 5 случая, общая сумма дефекта **618 533, 97 тг**

10. Департамент экстренной медицины – 24 случая, общая сумма дефекта **76 631,17 тг**

Основные причины штрафных санкций, в разбивке по кодам, определены в нижеследующем порядке:

- Код 1.1 – штраф, снятие 100% - госпитализация пациента при отсутствии медицинских показаний.
- Код 3.3 - штраф, снятие 50% – удорожание стоимости оказанной медицинской помощи.
- Код 4.0 - штраф, снятие 100% -необоснованная повторная госпитализация (30 календарных дней со дня завершения лечения в стационаре).

- Код 5,2 – штраф снятие 300% - прикрепление к другой организации ПМСП без уведомления и согласия потребителя медицинских услуг.
- Код 6,1 – штраф, снятие 30% - несвоевременное и (или) ненадлежащее выполнение диагностических/лечебных мероприятий.
- Код 6,2 – штраф, снятие 30% - несоблюдение требований нормативно правовых актов в области здравоохранения при оказании медицинской помощи.
- Код 6,4 – штраф снятие 30% - необоснованное назначение/выпуска лекарственных средств и медицинских изделий.
- Код 14 - Необоснованный отказ в госпитализации на уровне приемного отделения

ВЫВОДЫ:

Основными замечаниями определены следующие:

1. Данные лечащего врача соответствуют данным пациента. Сумма снятия 300% **(гнойно -септической хирургии)**
2. Необоснованное назначение/выпуска лекарственных средств и медицинских изделий **(кардиохирургия и кардиология, терапия с Центром аритмологии)**
3. Госпитализация пациента при отсутствии медицинских показаний **(политравма, гинекология, общая хирургия).**
4. Удорожание стоимости оказанной медицинской помощи **(гнойно -септической хирургии, общая хирургия, гинекология).**
5. Отсутствует осмотр нейрохирурга с указанием наличия показаний (или отсутствия показаний, наличия противопоказаний) к оперативному лечению. Также не проведен консилиум для определения тактики ведения пациента. **(нейрохирургия)**
6. Согласно приказу МЗ РК 2 от 24 марта 2022 года № ҚР- ДСМ-27 "Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан" данный диагноз не подлежит лечению в КС **(политравма, общая хирургия).**
7. При плановой госпитализации стоимость данного случая изменена на более затратный КЗГ **(нейрохирургия, урология)**
8. Согласно пункту 81 Правил оплаты (приказ 291), кратковременное (до 3 (трех) суток включительно) пребывание пациента в круглосуточном стационаре, связанное с переводом, самовольным уходом пациента, оплачивается по фактически проведенным койко-дням от стоимости КЗГ основного диагноза или операции **(общая хирургия, нейрохирургия и неврология, акушерство, политравма, гнойно -септической хирургии, акушерство – неонатология).**
9. Согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 марта 2023 года № 41 "Об утверждении стандарта организации оказания хирургической (абдоминальной, торакальной, колопроктологической) помощи в Республике Казахстан" оперативное вмешательство по экстренным показаниям в условиях стационара подлежит проведению в течение первых суток с момента госпитализации пациента и определения показаний к операции **(общая хирургия, урология).**

10. В соответствии с приложением к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-258/2020 «Об утверждении перечня заболеваний, при которых специализированная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в плановом порядке», данный диагноз требует проведения оперативного вмешательства, которое не было выполнено (**акушерство -неонатология, общая хирургия**).
11. Необоснованный отказ в госпитализации на уровне приемного отделения (**приемный покой**).

ПУТИ РЕШЕНИЯ:

- ✓ Соблюдать Клинические протоколы диагностики и лечения, по департаментам, имеющим штрафные санкции по МКСП;
- ✓ Качества оформления МКСП осуществлять согласно приказу МЗ РК № ҚР-ДСМ-27 от 24 марта 2022 года. «Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан.
- ✓ Оперативное вмешательство по экстренным показаниям в условиях стационара осуществлять согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 марта 2023 года № 41 "Об утверждении стандарта организации оказания хирургической (абдоминальной, торакальной, колопроктологической) помощи в Республике Казахстан"
- ✓ Диагнозы плановых операции соблюдать согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-258/2020 «Об утверждении перечня заболеваний, при которых специализированная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в плановом порядке».
- ✓ Руководителям департамента – обеспечить 100% контроль за корректностью введения данных в информационные систем(*Акгюн*) – *согласно приказу МЗ РК № 230/2020 от 03.12.2020г., с целью обеспечения* корректного оформления, проведенного лечения и ведения МКСП.
- ✓ Руководителям департамента - обеспечить: правильное кодирование диагноза основного заболевания, операций и сопутствующих заболеваний.).
- ✓ Установлено необоснованное увеличение затрат на диагностические мероприятия. По результатам проверки рекомендовано осуществить возврат излишне затраченных денежных средств в бюджет клиники.

Отчет о деятельности отдела экономического планирования и анализа за 2025 год

В 2025 году финансирование деятельности организации осуществлялось за счет трех источников: средств государственного задания, средств Фонда социального медицинского страхования, а также доходов, полученных от оказания платных услуг.

С учетом фактической потребности структурных подразделений и в целях обеспечения бесперебойной деятельности учреждения, с начала 2025 года в утвержденный План развития были внесены соответствующие изменения. Корректировка показателей произведена с учетом увеличения потребности в прочих услугах и товарах, включая лекарственные средства (далее - ЛС) и изделия медицинского назначения (далее - ИМН).

Внесенные изменения затронули следующие направления деятельности:

- по стационарной помощи - 16 корректировок;
- по санитарной авиации- 14 корректировок;
- по платным услугам - 13 корректировок.

Указанные изменения были направлены на приведение плановых показателей в соответствие с фактическими объемами оказываемой медицинской помощи, обеспечением непрерывности лечебного процесса, а также рационального и целевого использования финансовых средств по каждому источнику финансирования.

Кроме того, в мае–июне 2025 года Отделом в установленном порядке была подготовлена и направлена в Министерство здравоохранения Республики Казахстан бюджетная заявка по государственному заданию в рамках формирования проекта республиканского бюджета на 2026–2028 годы.

В июне–июле 2025 года начата работа по рассмотрению и согласованию указанной бюджетной заявки совместно с Министерством финансов Республики Казахстан. В рамках проведенной отработки были представлены необходимые расчетные материалы, обоснования и пояснения по заявленным расходам.

По итогам рассмотрения бюджетной заявки:

- на 2026 год заявлено – 14 280 804 тыс. тенге, поддержано- 14 206 009 тыс. тенге;
- на 2027 год заявлено – 14 294 863 тыс. тенге, поддержано – 14 273 979 тыс. тенге;
- на 2028 год заявлено – 14 302 218 тыс. тенге, поддержано – 14 281 129 тыс. тенге.

Вместе с тем, в течение 2025 года отделом были подготовлены необходимые материалы, которые в установленном порядке отработаны и одобрены решениями Ведомственной бюджетной комиссии Министерства здравоохранения Республики Казахстан (ВБК МЗ РК) в количестве 5 единиц, в том числе 2 решения- в ноябре и декабре 2025 года.

Кроме того, в декабре 2025 года решением Республиканской бюджетной комиссии были дополнительно выделены бюджетные средства в размере 911 млн тенге на выполнение 62 дополнительных вылетов, что позволило обеспечить своевременное оказание медицинской помощи и выполнение возложенных на организацию функций в полном объеме.

В связи с открытием стационара в марте 2025 года, а также по мере поэтапного ввода структурных подразделений и расширения объемов оказываемой медицинской помощи, в течение 2025 года практически на ежемесячной основе вносились изменения в штатное расписание. Указанные корректировки были обусловлены необходимостью оперативного укомплектования стационара медицинским и вспомогательным персоналом, перераспределения функциональных обязанностей и приведения кадровой численности в соответствие с фактическими потребностями учреждения.

В ноябре–декабре 2025 года в установленном порядке были подготовлены проекты Планов развития на 2025 год и 2026 год, которые утверждены 25 декабря 2025 года в соответствии с требованиями Правил разработки, утверждения планов развития контролируемых государством акционерных обществ и товариществ с ограниченной ответственностью, государственных предприятий, мониторинга и оценки их реализации, а также разработки и представления отчетов по их исполнению, утвержденных приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 апреля 2025 года № 18.

Кроме того, соответствующими приказами Предприятия утверждены прейскуранты на медицинские услуги, что обеспечило нормативное регулирование стоимости оказываемых услуг и соответствие действующим требованиям законодательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ИТОГАМ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НКЦЭМ ЗА 2025 ГОД

Деятельность НКЦЭМ в 2025 году характеризуется успешным завершением этапа «start-up» и выходом на высокие показатели операционной активности. Несмотря на неполный календарный год работы стационара, медицинская организация заняла лидирующие позиции в системе экстренной помощи РК, обеспечив высокотехнологичную помощь в сегментах нейрохирургии, кардиохирургии и политравмы.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ:

- Критический кадровый дефицит: Коэффициент совместительства 1,74 является аномально высоким. Фактическое наличие 950 физических лиц при штате 1652,5 единицы создает экстремальную нагрузку на персонал, что ведет к профессиональному выгоранию и рискам медицинских ошибок. Дефицит младшего медперсонала (39% укомплектованности) — «узкое горлышко» системы.

- Диспропорция нагрузки на коечный фонд: Хирургический профиль работает с перегрузкой (267,2 дня при норме 254,9), особенно в гинекологии (324,2 дня) и урологии (300,5 дней). В то же время терапевтический и акушерский профили имеют значительный резерв мощностей (170,7 и 127,1 дней соответственно).

- Высокая хирургическая интенсивность: Показатель хирургической активности 71% и высокая доля эндоскопических вмешательств (50,4%) подтверждают использование современных малотравматичных технологий. Нулевая летальность в

департаментах гинекологии и политравмы при высоких объемах свидетельствует об эффективности менеджмента клинических процессов.

- Анализ летальности и 'Золотой час': Общая летальность (0,98%) соответствует нормативам. Однако 20% смертей (18 из 90) наступают в первые сутки, что является маркером крайне тяжелого состояния пациентов на догоспитальном этапе. Лидерство нейрохирургии по летальности (4,5%) обусловлено спецификой контингента (тяжелые ЧМТ и инсульты).

- Технические барьеры в диагностике: Критический недогруз службы МРТ (менее 1% от общего объема исследований) связан с систематическими отказами системы охлаждения и компрессора. Это блокирует коммерческий потенциал службы и задерживает высокоточную диагностику.

- Модернизация медицинской авиации: Успешно реализована стратегия замены устаревшего парка (Ан-2, Як-40) на современные ВС (Pilatus PC-12, Bombardier CRJ-200). Расширение сети базирования вертолетов с 11 до 18 точек существенно повысило доступность помощи для регионов.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ИТОГАМ АНАЛИЗА:

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА:

1. Внедрить программу аутсорсинга немедицинских функций (клининг, логистика биоматериалов) для высвобождения медперсонала от рутины.
2. Разработать целевую программу привлечения младшего медперсонала через партнерство с колледжами (стажировки с 1-го курса).
3. Пересмотреть систему мотивации для снижения коэффициента совместительства до целевого уровня 1,3–1,4.

УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ:

1. Провести реструктуризацию коечного фонда: рассмотреть возможность временного перепрофилирования части терапевтических коек под хирургические нужды.
2. Обеспечить экстренный закуп и установку расширительного бачка для чиллера МРТ; рассмотреть вопрос замены поставщика сервисных услуг.
3. Внедрить систему 'зеленого коридора' для платных диагностических услуг (КТ, МРТ) в часы минимальной нагрузки (выходные, вечернее время).

КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ:

1. Усилить контроль за ведением медицинской документации в части соблюдения структуры МКСП и обоснованности назначений.
2. Внедрить программу 'Безопасное материнство' для снижения травматизма мягких тканей в родах (текущий показатель разрывов — 12%).
3. Провести углубленный аудит случаев досуточной летальности совместно с региональными службами СМП для улучшения первичной стабилизации.