



Приложение к решению  
Совета директоров  
НАО «Фонд социального медицинского страхования»  
от 17 апреля 2020 года (протокол № 1)

*Внесены изменения  
решением Совета директоров  
НАО «Фонд социального медицинского страхования»  
от 15 марта 2022 года (протокол №3)*

## **СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ НЕКОММЕРЧЕСКОГО АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА «ФОНД СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ» НА 2020–2025 ГОДЫ**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

I.	ВВЕДЕНИЕ.....	3
II.	АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ.....	3
i.	Анализ внешней среды .....	3
ii.	Обзор международного опыта системы медицинского страхования .....	6
iii.	Анализ внутренней среды.....	8
	<i>Активы ОСМС, источники финансирования системы .....</i>	<i>8</i>
	<i>Собственные средства .....</i>	<i>9</i>
	<i>Закуп и оплата услуг по оказанию медицинской помощи .....</i>	<i>9</i>
	<i>Планирование объемов медицинских услуг .....</i>	<i>10</i>
	<i>Тарифообразование медицинских услуг.....</i>	<i>11</i>
	<i>Мониторинг качества медицинских услуг .....</i>	<i>12</i>
	<i>Организация лечения пациентов за рубежом .....</i>	<i>13</i>
	<i>Информационно-разъяснительная работа и обратная связь .....</i>	<i>13</i>
	<i>Цифровизация процессов и IT- инфраструктура .....</i>	<i>14</i>
	<i>Система корпоративного управления, управление кадрами .....</i>	<i>14</i>
	<i>Система управления рисками .....</i>	<i>15</i>
III.	МИССИЯ, ВИДЕНИЕ .....	17
IV.	СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.....	17
i.	Задача 1. Повышение вовлеченности в системе ОСМС .....	18
ii.	Задача 2. Повышение доступности медицинских услуг.....	19
iii.	Задача 3. Совершенствование планирования объемов медицинских услуг и тарифной политики.....	20
iv.	Задача 4. Совершенствование механизмов закупа и оплаты медицинских услуг .....	23
v.	Задача 5. Внедрение механизмов проактивного мониторинга качества медицинской помощи .....	24
vi.	Задача 6. Совершенствование обратной связи с пациентами .....	25
vii.	Задача 7. Развитие корпоративного управления, обеспечение безопасности и упорядоченности процессов.....	26
viii.	Задача 8. Развитие человеческого капитала .....	28
V.	КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (стратегические индикаторы) .....	30

## I. ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с Национальным планом развития Республики Казахстан до 2025 года, утвержденного Указом Президента Республики Казахстан от 15 февраля 2018 года № 636, для диверсификации финансирования здравоохранения, обеспечения постоянного развития и глобальной конкурентоспособности отрасли предусмотрено внедрение системы обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), в рамках которой реализовывается принцип солидарной ответственности гражданина, работодателя и государства за охрану здоровья. Стратегическим закупщиком является некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования» (далее – Фонд), которое создано в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 1 июля 2016 года № 389. Права владения и пользования государственным пакетом акций Фонда осуществляет Министерство здравоохранения Республики Казахстан (далее – Уполномоченный орган).

*Абзац первый изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

Согласно Устава целью Фонда является обеспечение комплекса правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг.

С 2017 года Фонд аккумулирует средства на ОСМС. С 2018 года – выступает в роли стратегического закупщика медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), а с 1 января 2020 года – также в рамках системы ОСМС. С сентября по декабрь 2019 года в Карагандинской области был проведен пилотный проект по внедрению ОСМС с целью успешной реализации реформы на национальном уровне.

*Абзац четвертый исключен в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

## II. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ

### i. Анализ внешней среды

#### **Состояние здоровья населения**

За период с 2010 по 2017 годы ежегодный рост ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) при рождении в Казахстане составил 0,98%, увеличившись с 68 в 2010 году до 73 лет в 2018 году. Несмотря на положительный тренд роста, уровень ОПЖ ниже аналогичного показателя Латвии, Мексики и Турции (страны члены Организации экономического сотрудничества и развития – далее ОЭСР), уровень социально-экономического развития которых сопоставим с Казахстаном.

В стране достигнуто значительное снижение интегральных показателей, характеризующих развитие системы здравоохранения в целом:

- младенческой смертности с 18,2 на 1000 живорожденных в 2010 году до 8,7 в 2018 году с ежегодным снижением в среднем на 9,7%, (ОЭСР: 2017–5,7; 2010–7,1);
- материнской смертности с 20 на 100 000 живорожденных в 2010 году до 14 в 2018 году (ОЭСР: 2015–14; 2010–17).

В то же время системе здравоохранения Казахстана предстоит предпринять комплекс мер по нивелированию рисков, связанных с глобальными вызовами - старение населения, снижение доли экономически-активного населения и высокий уровень потребления медицинской помощи среди определенных возрастных категорий. Так, с ростом ОПЖ население старше 65 лет будет потреблять до 32% медицинской помощи. Изменение структуры населения приведет к изменению и структуры заболеваемости. На первый план выйдут хронические заболевания, которые требуют изменения общей направленности организации медицинской помощи с акцентом на профилактическую медицину и развитие первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП).

Кроме того, за последние годы отмечается рост показателя инвалидизации среди трудоспособного населения, доля лиц трудоспособного возраста от общего количества инвалидов в стране составила 62% в 2018 году. Среди основных причин, приводящих к первичной инвалидизации населения, являются болезни системы кровообращения, травмы и злокачественные новообразования.

В структуре причин смертности преобладают неинфекционные заболевания – болезни системы кровообращения, заболевания нервной системы, болезни органов дыхания, новообразования.

Таким образом, анализ состояния здоровья населения Республики Казахстан определяет основные векторы, на которые необходимо обратить внимание при планировании объемов медицинской помощи по видам и формам в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (при средне- и долгосрочном прогнозировании).

### ***Структура оказания медицинской помощи***

В Казахстане сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи:

- первичный уровень – уровень оказания медицинской помощи специалистами ПМСП в амбулаторных, стационарозамещающих условиях и на дому;

- вторичный уровень – уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов, оказывающих медицинскую помощь на первичном уровне;

- третичный уровень – уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь с применением высокотехнологичных медицинских услуг (далее – ВТМУ) в стационарных и стационарозамещающих условиях, в том числе по направлению специалистов первичного и вторичного уровней.

Проблемой первичного уровня оказания медицинской помощи остается недостаточная и несвоевременная выявляемость и диагностика заболеваний, приводящих к первичной инвалидизации и являющихся основными причинами смертности населения.

Потому, в течение нескольких лет реализуются национальные скрининговые программы, включающие программы раннего выявления болезней системы кровообращения, диабета и нескольких типов злокачественных новообразований, в том числе факторов риска их развития, также внедрены программы управления заболеваниями, которые позволят отойти от неэффективной и высокочрезмерной медицинской помощи на уровне стационаров на более эффективную модель проактивного и запланированного лечения заболеваний на уровне ПМСП.

*Абзац седьмой исключен в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

Необходимо отметить, что внедрение Единой национальной системы здравоохранения с 2009 года способствовало оптимальному использованию ресурсов стационара и развитию стационарозамещающих технологий, внедрению и развитию высоких медицинских технологий в регионах.

Вместе с тем, согласно оценке экспертов ОЭСР, структура оказания медицинской помощи в Казахстане остается стационар-центричной по причине необоснованной госпитализации заболеваний, поддающихся амбулаторному лечению, при которых можно избежать госпитализации или экстренной медицинской помощи путем их эффективного лечения на уровне ПМСП.

На всех уровнях системы, особенно за пределами больших городов, предоставление медицинских услуг затрудняется вследствие проблем, связанных с нехваткой кадровых ресурсов, неразвитой инфраструктурой и недостатком необходимого оборудования.

*Абзац одиннадцатый исключен в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

В сельской местности районные больницы являются единственными субъектами здравоохранения, гарантирующими обеспечение медицинской помощи прикрепленному населению, предоставляя от ПМСП до экстренной и специализированной помощи. Используя свое монопольное положение, районные больницы могут принимать субоптимальные решения для повышения собственной финансовой устойчивости в ущерб предоставлению наиболее ресурсоемких услуг на уровне ПМСП. В результате, наблюдается дисбаланс в предоставлении первичной и специализированной помощи в сельской местности. С 2020 года медицинские организации села, оказывающие стационарную помощь, участвуют в системе ОСМС с оплатой случаев по клинико-затратным группам (далее – КЗГ).

### **Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения**

*Абзац первый исключен в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

Исходя из основных тенденций показателей здоровья населения в Республике Казахстан, приоритетных направлений развития системы здравоохранения до 2025 года, учитывая актуальные потребности населения в медицинских услугах и необходимость обеспечения доступности медицинской помощи, были сформированы пакеты медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

В целях минимизации рисков снижения доступности к медицинской помощи пакет ГОБМП включает в себя все услуги при неотложных и экстренных состояниях, таких как, скорая помощь, услуги санитарной авиации, экстренная стационарная помощь, кроме того, ПМСП, динамическое наблюдение ряда хронических заболеваний, оказание медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, а также лекарственное обеспечение.

В пакет ОСМС для застрахованных граждан вошли услуги при заболеваниях и состояниях, не требующих экстренного вмешательства, ряд дорогостоящих услуг, ВТМУ, медицинская реабилитация, восстановительное лечение, и другие – то есть услуги, которые направлены на повышение качества жизни населения. Однако в дальнейшем существует необходимость пересмотра перечней с учетом задач настоящей стратегии развития в целях включения новых методов диагностики и лечения в пакеты услуг в рамках ГОБМП и ОСМС.

### **Структура оплаты медицинских услуг**

С учетом ресурсоемкости здравоохранения, неуклонным ростом расходов на здравоохранение для Фонда, как единого закупщика, вопросы оплаты медицинских услуг, сбалансированность тарифов и справедливое распределение ресурсов являются неотъемлемой частью успешной реализации стратегии развития.

Сдерживание потребления стационарной помощи осуществляется путем активного внедрения стационарозамещающих технологий, расширения перечня амбулаторного лекарственного обеспечения (далее – АЛО).

Удельный вес финансирования ПМСП, включая расходы на АЛО, вырос на 7 % и составил 46% в общем объеме финансирования. В целом рост финансирования амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) составил в 2020 году 78%.

В системе ОСМС уже предусмотрено финансирование школьной медицины, значительно расширен объем финансирования консультативно-диагностической помощи (далее – КДП) с увеличением в 6 раз до 131,3 миллиардов тенге. Изменен сам механизм финансирования КДП,

комплекс консультативно-диагностических услуг доведен через организации ПМСП на прикрепленное население.

В числе новых инициатив впервые запланированы объемы по профилям заболеваний для оказания медицинской реабилитации на уровне круглосуточного, дневного стационара и амбулаторном этапе (общий объем финансирования увеличен в 9 раз с 6 до 56,3 миллиардов тенге).

АЛО в рамках ГОБМП и в системе ОСМС увеличено почти в 2 раза и составит в 2020 году порядка 194,3 миллиарда тенге, в том числе за счет расширения перечня заболеваний.

С внедрением ОСМС начата работа по пересмотру подходов к формированию тарифов, в том числе на оказание медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях, оплаты службы ВИЧ-больным, инфекционной и реабилитационной службы (тарифы на оказание 3 этапа реабилитации), КДП.

Согласно Национальному проекту «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация», утвержденному постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725 (далее – Национальный проект), дополнительные расходы на здравоохранение будут направлены на расширение объема медицинской помощи на амбулаторном уровне в общем объеме медицинской помощи в рамках ГОБМП и системе ОСМС.

*Абзац восьмой изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

### **Выводы на основе анализа внешней среды**

1. Характеристика здоровья населения Республики Казахстан имеет ряд медико-социальных и демографических особенностей, которые необходимо учитывать при кратко-, средне- и долгосрочном прогнозировании развития системы здравоохранения.

2. Планирование объемов и видов медицинской помощи требует актуализации актуарных расчетов и моделирования баланса доходной и расходной части Фонда, как единого плательщика, с целью обеспечения финансовой устойчивости системы.

3. Требуется совершенствования система оказания медицинской помощи, необходимо усилить практическую реализацию механизмов усиления роли первичного звена через систему ясных и доступных индикаторов.

4. Необходима система мониторинга эффективности внедрения ОСМС на базе информационных систем с дальнейшим принятием управленческих решений как на уровне регионов, так и на республиканском уровне.

5. В целом, принимаемые мероприятия по совершенствованию системы здравоохранения должны носить мотивационный характер как для населения, так и самого медицинского сообщества.

### **ii. Обзор международного опыта системы медицинского страхования**

В мировой практике все системы здравоохранения имеют смешанную структуру финансирования с преобладанием одной из 4 основных моделей:

- бюджетная модель;
- социальное медицинское страхование;
- частное медицинское страхование;
- накопительные счета здравоохранения.

Бюджетная модель характеризуется высоким уровнем стабильности финансирования и социальной защищенности, однако, практически не оказывает влияния на индивидуальную ответственность граждан за собственное здоровье и конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг.

Системы, использующие частное медицинское страхование, обладают высоким уровнем прозрачности, способны быстро реагировать на разнообразные индивидуальные нужды пациентов и создают высокие стимулы для повышения качества медицинских услуг. Однако данная модель не обеспечивает социальную защищенность и равенство граждан при получении медицинской помощи и не позволяет перераспределять средства в зависимости от приоритетов здравоохранения, ее применение несет высокие транзакционные издержки. Накопительные медицинские счета ограничивают доступность медицинской помощи размерами накоплений, что негативно сказывается на гражданах с низким уровнем дохода, или имеющих хронические заболевания.

Социальное медицинское страхование обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности медицинской помощи. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения.

Мировая практика показывает три основные характеристики социального медицинского страхования в зависимости от уровня развития стран.

В развитых европейских странах (Германия, Франция, Швейцария и т.д.) ОСМС является одним из инструментов построения «государства всеобщего благосостояния», при котором объединяются усилия государства, работодателей и граждан для реализации социальной политики.

Развитые азиатские страны (Япония, Корея) рассматривают ОСМС в более узком смысле, исключительно как инструмент распределения ответственности за здоровье между социальными партнерами.

Развивающиеся страны (Латинская Америка, Центральная и Восточная Европа) внедряли ОСМС с целью мобилизации ресурсов в систему здравоохранения, развития конкуренции, совершенствование функции закупа, а также обеспечения солидарности и социального равенства.

Охват населения ОСМС во многих развитых странах приближается к полному охвату. Такие страны-члены ОЭСР, как Эстония, Чехия, Венгрия, смогли достигнуть этого показателя при финансировании здравоохранения в пределах 5-8% к ВВП (валовой внутренний продукт) страны.

Вне зависимости от целей внедрения и функционирования ОСМС в различных странах существуют общие механизмы функционирования и тенденции развития, которые обеспечивают устойчивость и эффективность ОСМС.

Страховые фонды имеют высокий уровень автономии при высокой степени участия всех социальных партнеров в управлении через элементы корпоративного управления.

Существуют законодательно установленные механизмы саморегулирования деятельности различных элементов системы ОСМС: формирование органов управления, тарифообразование, оценка технологий, признание квалификации медицинских работников, аккредитация поставщиков медицинских услуг и т.д.

Размер ставок страховых взносов, как и доля платежей работника и работодателя, колеблется в зависимости от уровня развития страны. К примеру, в Германии – 14,1% от фонда оплаты труда, в Австрии – от 6,5% (фермеры) до 11% (пенсионеры), во Франции – 13,6%, в России – 5,1%.

Тарифная политика основывается на экономической реалистичности тарифов и сбалансированности с общей доходной базой, как правило, предусматривает возмещение амортизации основных средств. Распространена практика установления размера тарифов в результате переговоров между страховыми фондами и поставщиками медицинских услуг, или их объединениями.

Практика закупа медицинских услуг в странах, применяющих ОСМС, осуществляется следующим образом:

- страховые пакеты представляют собой позитивные, то есть исчерпывающие перечни предоставляемых услуг;

- способы оплаты сочетают подходы по оплате за каждую отдельную услугу (тарификатор, КЗГ и так далее) с учетом результатов и качества медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи в странах, применяющих ОСМС, осуществляется на основе баланса между свободным выбором пациентом медицинской организации и возможностями системы здравоохранения.

Таким образом, обзор международного опыта показал, что наиболее эффективными и финансово устойчивыми системами ОСМС являются модели, в которых:

- общий объем финансирования здравоохранения составляет не менее 5–8% к ВВП;

*Абзац двадцать четвертый изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

- системы ОСМС имеют высокий уровень саморегуляции, и все социальные партнеры принимают участие в управлении;

- финансирование осуществляется солидарно государством, работодателями и работниками;

- аккумулирование средств осуществляется в едином пуле;

- присутствует реалистичная и сбалансированная тарифная политика – тарифы устанавливаются путем переговоров и включают амортизационные расходы;

- применяются способы оплаты услуг, ориентированные на результаты деятельности медицинских организаций.

### **iii. Анализ внутренней среды**

Фонд предоставляет полный спектр услуг по аккумулированию отчислений и взносов, закупу медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и в системе ОСМС. Фонд имеет обширную филиальную сеть в стране, состоящую из 17 филиалов, которые охватывают всю территорию Республики Казахстан.

#### ***Активы ОСМС, источники финансирования системы***

Государство уплачивает взносы на ОСМС за 15 категорий лиц, освобожденных от уплаты взносов, чья численность составляет порядка 11 миллионов человек или 59% от общей численности населения. Работодатели уплачивают отчисления за своих работников с июля 2017 года. На момент начала полного функционирования системы ОСМС активы Фонда составили 246,9 миллиардов тенге, из которых 96% – отчисления работодателей. Численность наемных работников за вычетом освобожденных от уплаты взносов составляет порядка 5,4 миллиона человек.

Индивидуальные предприниматели и лица, занимающиеся частной практикой, обязаны уплачивать фиксированные взносы, исходя из размера минимальной заработной платы. Численность данной категории плательщиков составляет более 1 миллиона человек, из которых около 100 тысяч человек находятся на стадии ликвидации или банкротства.

Физические лица, работающие по договорам гражданско-правового характера, также являются плательщиками взносов на ОСМС. В зависимости от вознаграждения по договору налоговые агенты обязаны удерживать взносы на ОСМС.

Внедренный с января 2019 года Единый совокупный платеж (далее – ЕСП), благодаря простоте и небольшой сумме, позволил вовлечь в экономику более 260 тысяч граждан. Часть платежа ЕСП числится в качестве взноса на ОСМС.

В случае отсутствия доходов и неотнесения к какой-либо категории лиц, за которых взносы уплачивает государство, физическое лицо для участия в системе ОСМС имеет право внести взнос как самостоятельный плательщик.



Кроме поступлений отчислений, взносов и пени Фонд инвестирует временно свободные средства системы ОСМС в финансовые инструменты в рамках доверительного управления с Национальным банком Республики Казахстан. Активы Фонда размещены в краткосрочные высоколиквидные безрисковые ценные бумаги – ноты Национального банка Республики Казахстан со сроком до одного года и депозитные аукционы.

Максимальное вовлечение населения в систему ОСМС для полного охвата качественными услугами здравоохранения является приоритетной целью Фонда. Для этого Фонд проводит информационно-разъяснительную и пояснительную работу о преимуществах системы ОСМС.

«Теневая» экономика, отсутствие работы в сельской местности, нежелание уплачивать взносы и другое являются проблемами по вовлечению всего населения в систему ОСМС и максимальному охвату медицинской помощью. Для решения данной проблемы Фондом проводится совместная работа с Уполномоченным органом, органами государственных доходов и местными исполнительными органами.

Для удобства уплаты обязательных платежей работодателями в настоящий момент прорабатывается вопрос внедрения единого платежа, объединяющий в себе отчисления на ОСМС, социальное страхование и пенсионное обеспечение. Однако по данному направлению Фонду необходимо будет максимально нивелировать риски снижения доходной базы Фонда, а также защитить интересы самостоятельно занятого населения – в целях снижения рисков «выпадения» из системы и ограничения для них доступа к медицинской помощи.

Для обеспечения финансовой устойчивости системы ОСМС в Фонде сформирован резерв на покрытие непредвиденных расходов в размере 3% от поступлений за последние 12 календарных месяцев. Также в Фонде введена норма в виде ежемесячного неинвестируемого остатка средств на банковском счете Фонда на начало месяца в размере 1/12 от суммы поступлений за последние двенадцать календарных месяцев, но не ниже 50 миллиардов тенге.

### ***Собственные средства***

Фонд является некоммерческой организацией, в связи с чем не имеет в качестве цели извлечение дохода и не распределяет полученный чистый доход между участниками. Сформирован уставной капитал Фонда в размере 106 миллионов тенге за счет средств республиканского бюджета. Фонд осуществляет хозяйственную деятельность за счет комиссионного вознаграждения, получаемого от активов и иных поступлений в Фонд, не запрещенных законодательством Республики Казахстан. Предельная величина размера процентной ставки комиссионного вознаграждения ежегодно устанавливается Правительством Республики Казахстан.

Согласно Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» Фонд ведет бухгалтерский учет и представляет финансовую отчетность отдельно по собственным средствам и активам. Также ежегодно проводится независимый аудит, отчет по итогам которого не является коммерческой тайной и размещается на внешнем корпоративном сайте Фонда.

### ***Закуп и оплата услуг по оказанию медицинской помощи***

Процедуры закупа медицинских услуг осуществляются согласно Правил закупа услуг у субъектов здравоохранения, утвержденных приказом Уполномоченного органа.

Согласно действующему порядку закупа медицинских услуг выбор субъектов здравоохранения для оказания медицинских услуг включает в себя формирование базы данных субъектов здравоохранения, создание республиканской и региональных комиссий, выбор субъектов здравоохранения и размещение объемов медицинских услуг.

С 7 сентября 2017 года на сайтах Фонда и местных органов управления здравоохранением размещено приглашение для участников рынка о включении их в Единую базу потенциальных

поставщиков. В базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в 2019 году подали заявки порядка 2 тысяч медицинских организаций, из которых 61% являются частными.

Размещение объемов между поставщиками медицинских услуг осуществлялось с участием постоянно действующих комиссий по закупу медицинских услуг в областях и на республиканском уровне, членами которых являются представители НПП «Атамекен», Национальной палаты здравоохранения, профсоюзов, а также неправительственных организаций, представляющих интересы пациентов и субъектов здравоохранения. Такая конфигурация позволила провести конкурсный отбор максимально прозрачно, а все участники конкурса были равноудалены от процесса принятия решений.

В течение 2019 года Фондом заключены 2 145 договоров закупа услуг ГОБМП с 1 412 субъектами здравоохранения, что на 3 % больше по сравнению с количеством на конец 2018 года (в 2018 году – 1 371). Общая сумма заключенных договоров составила 948,6 миллиардов тенге или на 15,6% больше показателя 2018 года (в 2018 году – 820,8 миллиардов тенге).

Из 1 412 поставщиков ГОБМП:

- 684 медицинских организаций по форме собственности являются государственными, что составляет 48,5% и на 6% меньше, чем в 2018 году (в 2018 году – 727 поставщиков);
- 728 поставщиков с частной формой собственности или 51,5% от общего количества поставщиков и больше на 13%, чем в 2018 году (в 2018 году – 644 поставщиков).

В 2019 году с целью повышения прозрачности процедур закупа медицинских услуг проведены работы по переходу на закуп посредством веб-портала электронных закупок. При этом были автоматизированы следующие процессы: формирование базы данных поставщиков, подача заявки на участие в конкурсе, проведение процедуры закупа, работа комиссий и подведение итогов. После проведения конкурсных процедур итоги закупа передаются в платежные системы Уполномоченного органа для автоматического формирования договоров между Фондом и поставщиками. Все это позволило упростить процедуры закупа как для Фонда, так и для медицинских организаций, а также повысить прозрачность и эффективность процедуры.

### ***Планирование объемов медицинских услуг***

Для достижения поставленных целей, тестирования различных сценариев развития Фондом разрабатывается долгосрочная актуарная модель планирования объемов медицинских услуг, которая:

- отвечает на вопросы среднесрочного и долгосрочного планирования;
- помогает оценить «комплексность» подходов различных видов медицинских услуг, как между собой, так и в перспективе, а также влияние различных социальных, экономических, демографических и эпидемиологических изменений на систему здравоохранения;
- помогает оценить финансовую устойчивость системы ОСМС и, в случае разбалансировки системы, оценить размер необходимого резерва и необходимости пересмотра ставок отчислений и взносов на ОСМС.

С помощью актуарной модели возможно:

- определить оптимальные стратегические (финансово-устойчивые) показатели, при которых система отвечает на вопрос «Как должно быть?» с учетом предполагаемого развития здравоохранения;
- сравнить оптимальные показатели с наилучшими практиками международного опыта – комплексного управления здравоохранением страны;

- декомпозировать оптимальные стратегические показатели на сбалансированные составляющие текущего планирования по видам помощи.

Актуарная модель осуществляет прогнозирование доходов на основе базовых экономических параметров в соответствии с показателями социально-экономического развития страны, ставок взносов и отчислений в соответствии с действующим законодательством в разрезе категорий плательщиков и численности плательщиков на основе данных «Регистра прикрепленного населения» и демографического прогнозирования. Прогнозирование расходов осуществляется по каждому отдельному сектору медицинской помощи. При прогнозировании расходов по ряду секторов (ВТМУ и социально-значимые заболевания) применяется подход целеполагания, при котором определяется целевое значение параметров, к которым стремится модель.

Наряду с долгосрочной моделью планирования объемов Фондом производится планирование объемов медицинской помощи на каждый соответствующий год в соответствии с регламентом планирования объемов медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС Фонда (далее – Регламент планирования объемов).

Регламент планирования объемов охватывает три вида планирования – трехлетний бюджет, бюджет предстоящего года и помесечное распределение объемов услуг.

По итогам 2019 года объемы медицинской помощи в рамках ГОБМП увеличились в среднем на 12,3% в сравнении с 2018 годом. Рост финансирования наблюдался практически по всем видам медицинских услуг, в том числе: расходы на ПМСП увеличились на 20,8%, расходы на КДУ выросли на 31%, финансирование стационарной медицинской помощи увеличилось на 32,1%, расходы на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию повысились на 35%, финансирование медицинской помощи онкологическим больным увеличилось на 31%. По итогам 2019 года основная часть расходов в структуре финансирования медицинских услуг пришлась на ПМСП и стационарную медицинскую помощь.

### ***Планирование лекарственных средств***

С января 2018 года Фонд оплачивает стоимость фармацевтических услуг Единому дистрибьютору за АЛО. С мая 2019 года на Фонд возложено согласование расчетов потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях, формируемая медицинскими организациями для планирования трехлетнего бюджета и закупа на следующий финансовый год.

Для рационального использования лекарственных средств требуется, чтобы пациенты получали медикаментозное лечение, соответствующее клиническим показаниям, в таких дозах, которые отвечают их индивидуальным потребностям, в течение достаточного периода времени и при наименьших затратах.

### ***Тарифообразование медицинских услуг***

В настоящее время действуют 25 видов тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС – тарифы по КЗГ, медико-экономические тарифы, комплексные тарифы на социально-значимые заболевания, комплексный подушевой норматив АПП для медицинских организаций ПМСП, тарификатор медицинских услуг – КДУ вне КПН, адресные тарифы для республиканских медицинских организаций за один пролеченный случай/койко-день, тарифы на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию и другие. Тарифы утверждаются приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан.

В 2019 году были внесены изменения по перечню КЗГ, проведен пересмотр тарифов с учетом политики государства по повышению заработной платы медицинским работникам. Также Фондом начата отработка проекта по формированию акушерско-гинекологических групп КЗГ с учетом тяжести состояния пациентов.

На текущий момент группировка пролеченных случаев по КЗГ не учитывает степень сложности состояния пациентов, а также наличие значимых сопутствующих заболеваний, что повышает риски избирательного подхода в предоставлении услуг пациентам в зависимости от тяжести состояния, выраженное в перенаправлении пациентов с сопутствующими заболеваниями в медицинские организации вышестоящего уровня («Риск cherry-picking»).

### **Мониторинг качества медицинских услуг**

На текущий момент Фондом проводятся следующие виды мониторинга качества и объема оказанной населению медицинской помощи поставщиками Фонда:

- текущий мониторинг по видам и формам медицинской помощи, видам медицинской деятельности;
- целевой мониторинг по видам и формам медицинской помощи, видам медицинской деятельности;
- мониторинг исполнения условий договора закупа услуг.

Оплата услуг поставщиков Фонда производится с учетом результатов мониторинга качества и объема услуг.

Мониторинг качества и объема медицинских услуг осуществляется путем:

- оценки оказанных услуг, введенных поставщиком в информационные системы здравоохранения, по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг в информационных системах здравоохранения подтверждаются или отклоняются дефекты, установленные автоматизированным способом, а также присваиваются иные выявленные дефекты;
- посещения субъектов здравоохранения для изучения первичной медицинской документации на бумажных носителях, осуществления сверки данных, внесенных в информационные системы, с первичной медицинской документацией и иных мероприятий в целях обеспечения мер по исполнению условий договора закупа услуг.

Для проведения мониторинга качества и объема медицинских услуг Фонд привлекает независимых экспертов в следующих случаях:

- необходимости подтверждения надлежащего качества медицинской помощи при рассмотрении летальных случаев, пролеченных случаев с редкими заболеваниями, узкоспециализированными в клиническом плане пролеченных случаев, пролеченных случаев с осложнениями, а также при оплате услуг за фактически понесенные расходы;
- проведения планового, целевого мониторинга оказанных медицинских услуг;
- участия Фонда в судебных делах.

При мониторинге качества и объема в плановом порядке Фондом осуществляется ретроспективный анализ оказанных медицинских услуг всех прошедших периодов текущего года, результаты которого учитываются при оплате в соответствующем периоде.

Внеплановый мониторинг поставщика проводится в случаях:

- получения Фондом информации о возможных нарушениях поставщиком условий договора закупа услуг или требований нормативных правовых актов Республики Казахстан в области здравоохранения;
- выявления возможных случаев нарушения требований нормативных правовых актов в области здравоохранения поставщиком по результатам проведения мониторинга качества и объема другого поставщика;
- выявления фактов предоставления или ввода поставщиком в информационные системы недостоверных, неполных, некачественно исполненных документов или некорректных данных, в том числе содержащихся в представленных платежных документах;

- поступления от поставщика обращения о несогласии с результатами мониторинга качества и объема, когда объективное рассмотрение обращения невозможно без посещения поставщика;
- поступления жалоб, обращений от потребителей медицинских услуг на деятельность поставщика или качество оказанных им медицинских услуг в рамках договора закупа с Фондом.

По результатам текущего мониторинга качества и объема медицинских услуг Фондом ежеквартально осуществляется оценка деятельности поставщиков для выработки мероприятий по дальнейшему мониторингу качества и объема медицинских услуг.

По итогам мониторинга качества и объемов медицинских услуг в 2018 году было снято 5,9 миллиардов тенге и выявлено порядка 448 тысяч дефектов, тогда как в 2019 году – снято 6,8 миллиардов тенге со снижением количества дефектов до 386 тысяч.

### ***Организация лечения пациентов за рубежом***

С февраля 2019 года Фонд определен рабочим органом комиссии по направлению граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации за счет бюджетных средств. В 2019 году Фондом проведено 27 заседаний экспертной комиссии по направлению граждан Казахстана на лечение за рубеж и в отечественные медицинские организации с привлечением иностранных специалистов, на которых рассмотрены документы 189 пациентов. Большая часть нозологий приходится на проведение стереотаксической радиотерапии на аппарате Leksell Gamma Knife (Гамма-нож) - 51, а также на проведение алло/гапло трансплантаций костного мозга – 39.

Кроме того, следует отметить, что в 2019 году проведены уникальные и сложные операции с привлечением зарубежных специалистов в рамках мастер-классов на базе отечественных клиник. Вместе с тем, из 189 пациентов 84 получили успешное лечение в зарубежных клиниках, находятся на лечении в зарубежных клиниках – 19 пациентов, 35 пациентов получили лечение в отечественных медицинских организациях в рамках мастер-классов.

### ***Информационно-разъяснительная работа и обратная связь***

Перед внедрением на национальном уровне системы ОСМС с января 2020 года Фондом совместно с Уполномоченным органом, местными исполнительными органами, а также другими заинтересованными лицами проведена широкомасштабная информационно-разъяснительная работа с разъяснением ключевых ценностей реформы ОСМС.

Фондом в партнерстве с акиматами областей и городов, партией "Нур Отан", Государственной корпорацией "Правительство для граждан" были организованы постояннодействующие места консультирования населения в каждом регионе страны. Места консультирования организованы на площадках общественных приемных акиматов, в центрах обслуживания населения, справочных службах, то есть в местах естественного обращения людей за консультациями.

Также было проведено порядка 10 тысяч выездных встреч, в том числе с участием и при поддержке Правительства страны, во все регионы в целях организации разъяснительной работы для населения, работодателей, медицинского сообщества и других заинтересованных сторон.

Помимо прочего, информационная кампания активно проводилась в социальных сетях и интернет-изданиях, размещались публикации в республиканских и региональных печатных средствах массовой информации, на телевидении и радио.

Также разъяснительная работа проводилась Фондом посредством контакт-центра, и в первое время использовался ресурс Государственной корпорации "Правительство для граждан" по номеру "1414". Однако, с учетом роста обращений населения и юридических лиц по вопросам ОСМС второго сентября 2019 года Фонд запустил собственный контакт-центр "1406". Посредством контакт-центра проводится консультация населения по вопросам медицинской помощи, по способам, размерам оплаты и наличию задолженности по взносам и отчислениям, принимаются заявления и жалобы

граждан, а также проводится оценка удовлетворенности населения медицинскими услугами. В декабре 2019 года режим работы контакт-центра был переведен на круглосуточный режим (24/7).

Также с 1 сентября в рамках пилотного проекта в Карагандинской области, и с начала 2020 года в каждом филиале Фонда открыты кабинеты для приема граждан по аналогичным с контакт-центром вопросам.

### ***Цифровизация процессов и IT-инфраструктура***

С момента создания Фонд осуществляет создание и развитие информационной системы и электронных информационных ресурсов для успешного функционирования системы ОСМС.

Учитывая недостаточную зрелость бизнес-процессов Фонда и потребность в постоянном изменении информационной системы было принято решение об организации на базе Фонда группы, способной разработать и сопровождать собственную информационную систему. Силами Фонда была проведена масштабная и разносторонняя работа по подготовке существующих информационных систем Уполномоченного органа и локальных медицинских информационных систем (МИС) медицинских организаций к запуску ОСМС.

В декабре 2019 года успешно внедрена собственная информационная система "Saqtandyry", в которой реализованы функциональные возможности первой необходимости – учет потребителей и плательщиков, определение статуса застрахованности, интеграционные сервисы. Были подготовлены к запуску ОСМС базы данных Фонда, предназначенных для управления финансовыми потоками. В 2019 году был запущен процесс поэтапного перехода на электронный закуп медицинских услуг. Готовность всех систем, задействованных в ОСМС, была успешно апробирована в ходе проведения пилотного проекта по внедрению ОСМС на территории Карагандинской области.

В связи с тем, что исторически Фонд является наследником Комитета оплаты медицинских услуг, основные платежные информационные системы, которые используются в деятельности Фонда принадлежат Уполномоченному органу, соответственно, сопровождаются и модифицируются силами Республиканского центра электронного здравоохранения.

В связи с чем, можно выделить следующие проблемы, существующие на сегодня:

- разрозненность платежных информационных систем;
- невозможность влияния на изменения функционала в платежных информационных системах;
- отсутствие единой точки для получения разносторонней, целостной и актуальной аналитической информации;
- риски утечки конфиденциальной информации из платежных информационных систем.

В части развития IT-инфраструктуры Фондом осуществляются работы по обеспечению контроля качества серверной и телекоммуникационной IT-инфраструктуры. В настоящий момент ведутся работы по организации резервирования и отказоустойчивости каналов связи, проводится мониторинг защиты корпоративной сети с целью защиты от атак. На стадии внедрения находится система контроля за действиями пользователей и защиты от утечек конфиденциальной информации.

### ***Система корпоративного управления, управление кадрами***

Система корпоративного управления Фонда основывается на законодательстве Республики Казахстан, учредительных и внутренних документах и является одним из основных факторов при обеспечении реализации данной стратегии развития.

В рамках основного направления развития осуществлена значительная работа по становлению системы корпоративного управления и обеспечению прозрачности деятельности Фонда.

По сегодняшний день Фондом проделана большая работа для того, чтобы обеспечить фундамент дальнейшего развития системы корпоративного управления – сформированы органы

управления Фонда, а также разработаны все необходимые внутренние документы, в том числе Кодекс корпоративного управления, Политика по противодействию коррупции, Кодекс деловой этики и многие другие.

Согласно Устава Фонда структура управления состоит из следующих органов:

- высший орган - Единственный акционер;
  - орган управления - Совет директоров;
  - коллегиальный исполнительный орган - Правление;
- а также функционирует Служба внутреннего аудита.

В октябре 2019 года в Фонде были усовершенствованы и оптимизированы коллегиальные органы при Правлении. Так, были созданы четыре постоянно-действующих коллегиальных органа для повышения качества решений, принимаемых Правлением Фонда (Стратегический комитет, Комитет по организации и повышению качества медицинской помощи, Комитет по кадровым вопросам, Комитет бюджетного планирования).

В августе 2019 года Советом директоров была пересмотрена организационная структура Фонда. Процессы управления человеческими ресурсами в Фонде развиваются достаточно динамично – усовершенствованы процесс подбора, найма и адаптации персонала, система условий и порядка оплаты труда, основана система мотивации персонала посредством материальных и нематериальных стимулов. Мотивационное стимулирование в Фонде выражается в форме монетарного (обучение, корпоративные мероприятия, корпоративные спортивные программы) и немонетарного стимулирования (объявления благодарности, награждение почетными грамотами, карьерный рост). Также проводятся работы по повышению квалификации и профессиональной подготовки работников Фонда. В 2018-2019 годах курсы повышения квалификации прошли более 400 работников.

Фонд, являясь молодой организацией, понимает необходимость дальнейшего совершенствования системы корпоративного управления, системы управления кадрами, которые требуют постоянного динамичного развития и применения лучших практик.

### ***Система управления рисками***

Система управления рисками и внутреннего контроля Фонда основывается на международных стандартах COSO и ISO 31000. Управление рисками является одним из ключевых компонентов системы корпоративного управления Фонда, направленное на своевременную идентификацию рисков, оценку, мониторинг и принятие мер по их снижению для достижения стратегических целей Фонда, обеспечения финансовой устойчивости и других показателей, определенных настоящей стратегией развития.

Осознавая значимость системы управления рисками, Фондом проведены значительные работы по совершенствованию системы управления рисками, в том числе по анализу существовавшей в Фонде системы управления рисками, приняты и внедрены рекомендации с учетом международного опыта функционирования системы управления рисками в фондах обязательного социального медицинского страхования, актуализированы внутренние документы, регулирующие систему.

Структура управления рисками и внутреннего контроля в Фонде представлена моделью «трех линий защиты» в соответствии с принципами международных стандартов COSO. Согласно данной модели, владельцы рисков формируют первую линию защиты, ответственную за оценку, регулирование и минимизацию рисков, а также за обеспечение эффективной системы внутреннего контроля. Подразделение по управлению рисками является второй линией защиты, осуществляющей функцию мониторинга, обеспечения и отслеживания внедрения эффективной практики управления рисками и внутреннего контроля. Третья линия защиты представлена Советом директоров Фонда и

Службой внутреннего аудита Фонда. Служба внутреннего аудита предоставляет оценку Совету директоров и руководству Фонда эффективности работы первой и второй линии защиты.

Целью управления рисками является доведение выявленных и оцененных рисков до приемлемого уровня и минимизации воздействия на деятельность Фонда. В связи с чем ежегодно формируется Регистр и Карта рисков Фонда по ключевым рискам, утверждаемые решением Совета директоров Фонда. При этом Регистр рисков формируется на основании целей, задач и КПД, предусмотренных стратегией развития Фонда.

Группировка рисков осуществляется исходя из сущности природы рисков, их значимости и классифицируются по следующим категориям: стратегические риски (С), операционные риски (О), финансовые риски (Ф), комплаенс риски (К), технологические риски (Т).

Учитывая незначительный исторический период деятельности Фонда и установленные стратегические цели Фондом определяются основные ключевые риски (критические) сопутствующие специфической деятельности Фонда.

➤ Стратегические риски:

- риск незастрахованности граждан в системе ОСМС, включая льготные категории, сотрудников спецорганизаций и их семей;
- риск снижения доступности медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- риск несвоевременного и некачественного рассмотрения обращений граждан по оказанным медицинским услугам в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- риск ухудшения деловой репутации и негативного имиджа Фонда.

➤ Операционные риски:

- риск снижения качества закупок медицинских услуг;
- риски неполноценного мониторинга качества и объемов медицинской помощи;
- риск неисполнения обязательств перед поставщиками медицинских услуг;
- риски несоблюдения принципов системы корпоративного управления.

➤ Финансовые риски:

- риски неэффективного планирования объемов медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС и неэффективного тарифообразования;
- риск снижения финансовой устойчивости, неплатежеспособности Фонда.

➤ Комплаенс - риск мошенничества, коррупционных правонарушений и/или финансовых нарушений;

➤ Технологический - риск несовершенства системы непрерывности деятельности (сбой/аварийное отключение ПАК, IT-безопасность, несанкционированный доступ к информационным системам, утечка/ потеря данных из информационных систем и другие события, связанные с информационными технологиями).

По каждому риску определяются внешние и внутренние риск-факторы, причины их возникновения, которые также находят отражение в Регистре рисков Фонда. Для целей управления по предотвращению и минимизации идентифицированных рисков разрабатываются предупредительные, превентивные мероприятия, а также реактивные мероприятия. По каждому из мероприятий устанавливаются сроки их реализации и ответственные исполнители, которые включаются в Регистр рисков. Кроме того, в Регистре рисков отражаются вероятность наступления и реализации рисков, оценка их влияния, также определяется уровень риска.

Фонд при реализации своих бизнес-процессов систематически сталкивается с необходимостью управлять различными видами рисков. Риск-культура в Фонде развивается путем вовлеченности всех структурных подразделений в процесс управления рисками, а также за счет регулярного обмена информацией между Советом директоров, Правлением, Комитетом по рискам и



аудиту и всеми структурными подразделениями Фонда. Риск-менеджмент интегрирован в ежедневную работу Фонда и постоянно совершенствуется путем реализации следующих мероприятий:

- формирование надежной базы реализованных рисков для принятия управленческих решений и своевременной реализации реактивных мероприятий;
- построения эффективной, логически-последовательной цепочки бизнес-процессов для управления процессными рисками;
- введение в практику поощрения в случае проактивного предоставления информации по рискам, упущениям или каким-либо событиям, как позитивным, так и негативным, которые могут оказать влияние на цели Фонда. Система бонусов и поощрения способствует развитию добросовестного отношения к рискам среди работников Фонда;
- повышения риск – культуры путем организации обучения всех работников Фонда, проведения внутренних семинаров и тренингов;
- внедрение автоматизации в области системы управления рисками.

### III. МИССИЯ, ВИДЕНИЕ

**Миссия:** «Обеспечить финансовую защиту каждого гражданина страны от непредвиденно высоких расходов на медицинскую помощь путем повышения ее доступности и качества».

**Видение к 2025 году** определяет Фонд как социально-ориентированную и транспарентную организацию, осуществляющую свою деятельность на принципах устойчивого развития, пользующаяся доверием населения и содействующая развитию рынка медицинских услуг.

**Лозунг:** «Всё – ради здоровой казахстанской нации».

**Корпоративная ценность – слова «QOLDAU» (поддержка), «SENIM» (доверие), «ASHYQTYQ» (открытость), «SYILASTYQ» (уважение).**

В этих словах отражаются все наши корпоративные ценности, которые являются основой отношения к работе, как внутри коллектива, так и при взаимодействии с населением и другими внешними сторонами, они являются внутренним компасом, помогающим принимать решения в сложных ситуациях, являются принципами, верность которым мы храним всегда и везде. Мы понимаем, что для достижения нашей миссии, мы всегда должны следовать этим ценностям и помнить, что **мы – единая команда**, которая поддерживает друг друга, доверяет друг другу, всегда открыты друг перед другом и относится друг к другу с большим уважением.

### IV. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Достижение миссии и видения Фонда с учетом проведенного анализа внутренней и внешней среды будет обеспечено через реализацию четырех стратегических целей:

- 1) **обеспечение всеобщего охвата населения в системе ОСМС;**
- 2) **усиление роли Фонда в качестве стратегического закупщика;**
- 3) **защита прав пациента;**
- 4) **обеспечение устойчивого функционирования Фонда.**

В реализации первой цели определены следующие стратегические задачи:

- повышение вовлеченности в системе ОСМС;
- повышение доступности медицинских услуг.

В реализации второй цели определены следующие стратегические задачи:

- совершенствование планирования объемов медицинских услуг и тарифной политики;

- совершенствование механизмов закупа и оплаты медицинских услуг.

В реализации третьей цели определены следующие стратегические задачи:

- внедрение механизмов проактивного мониторинга качества медицинской помощи;
- совершенствование обратной связи с пациентами.

В реализации четвертой цели определены следующие стратегические задачи:

- развитие корпоративного управления, обеспечение безопасности и упорядоченности процессов;
- развитие человеческого капитала.

## **i. Задача 1. Повышение вовлеченности в системе ОСМС**

### ***Популяризация системы ОСМС***

Ассоциативное восприятие системы ОСМС при вопросе здоровья – это то, к чему стремится Фонд. Имя Фонда должно восприниматься как синоним с такими понятиями, как доверие, застрахованность и солидарная ответственность. В этих целях Фонд будет повышать информированность населения, работодателей, медицинского сообщества и других заинтересованных сторон для формирования лояльного общественного мнения и доверия к системе ОСМС. Фонд будет совершенствовать мобильные и веб-приложения для информирования и вовлечения населения в систему ОСМС.

В среднесрочной перспективе будет продолжена работа по повышению осведомленности населения о возможностях и преимуществах системы ОСМС. На постоянной основе в фокусе необходимо держать вопросы информирования населения о поставщиках медицинских услуг, с акцентом на наиболее успешные организации с высоким кредитом доверия (рейтингом медицинских организаций). В долгосрочной перспективе Фонд совместно с Уполномоченным органом рассмотрит возможность внедрения в образовательные программы информации о системе медицинского страхования в Республике Казахстан.

Также Фондом будет проработан вопрос активизации Общественного совета Фонда, на площадке которого будут обсуждаться системные вопросы ОСМС.

### ***Повышение участия граждан в системе ОСМС***

Внедрение системы ОСМС наряду с новой моделью ГОБМП, в рамках которых сформированы условия для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, позволит обеспечить финансовую защиту населения от непредвиденно высоких расходов, связанных со здоровьем. Расширение объемов медицинской помощи в системе ОСМС и усиление солидарной ответственности работников и работодателей за приверженность к здоровому образу жизни в том числе будет достигнуто за счет поэтапного увеличения ставок взносов и отчислений работниками и работодателями.

Эффективность функционирования системы ОСМС будет обеспечиваться в том числе за счет расширения работы по вовлечению населения в систему, особенно категории самостоятельных плательщиков и самозанятых граждан. Идентификация таких граждан будет достигнута путем улучшения обмена данными с налоговым органом до персонализированного уровня путем использования индивидуальных идентификационных номеров. Будут проведены работы по облегчению для них регистрации и рассмотрена возможность внедрения гибких систем платежей. Для удобства перечисления взносов на ОСМС Фондом на постоянной основе будут проводиться работы по расширению каналов приема взносов, в частности по внедрению наиболее удобных.

Также при долгосрочной нетрудоспособности граждан Фондом для исключения риска «выпадения» из системы будет проработан вопрос включения таких граждан на период нетрудоспособности в льготную категорию граждан, за которых взносы на ОСМС уплачивает государство, или же вопрос предоставления льготного периода и статуса «застрахован» на период длительной нетрудоспособности.

### ***Повышение гражданской активности в области охраны здоровья***

Фондом будут проводиться работы по активному вовлечению представителей общественных и неправительственных объединений, бизнеса, а также гражданских активистов в диалог по вопросам системного улучшения качества и безопасности оказываемых медицинских услуг в системе ОСМС и в рамках ГОБМП, а также по вопросам охраны собственного здоровья.

Фонд будет принимать участие в реализации политики Уполномоченного органа по внедрению проектов в средствах массовой информации по пропаганде здорового образа жизни, проведению массовых мероприятий, посвященных охране здоровья граждан и формированию здорового образа жизни, отказу от рискованного поведения и вредных привычек.

## **ii. Задача 2. Повышение доступности медицинских услуг**

### ***Стимулирование развития АПП***

Повышение доступности медицинских услуг подразумевает повышение географической и финансовой доступности медицинских услуг. Политика государства направлена на повышение географической доступности сети ПМСП с развитием инфраструктуры и государственно-частного партнерства, интеграцией служб здравоохранения на основе модернизации ПМСП, улучшением кадрового потенциала ПМСП. Фондом будет обеспечена работа по поддержке политики государства в области доступности АПП (в том числе в сельской местности). В частности, будут созданы благоприятные финансовые условия по стимулированию географической доступности объектов ПМСП к местам проживания населения.

Основная роль Фонда в повышении доступности медицинских услуг и содействии реализации политики Уполномоченного органа заключается в стимулировании развития приоритетных направлений здравоохранения, в частности АПП и повышении рентабельности ее услуг. Фонд, как финансовый оператор, продолжит стимулирование мероприятий по оказанию профилактических услуг на уровне АПП, что позволит снизить вероятность повторных обращений населения за счет обеспечения сохранности здоровья населения и предотвращения заболеваний или осложнений.

В комплекс реализуемых мероприятий войдут: развитие первичной и вторичной профилактики заболеваний (стимулирование вакцинации и скрининговых услуг с учетом результатов доказательной медицины), а также развитие третьего этапа медицинской реабилитации на уровне АПП с целью снижения степени тяжести заболеваний и предупреждения развития осложнений. Продолжится поддержка развития паллиативной помощи и сестринского ухода для пациентов, требующих долгосрочного ухода.

Повышение доступности лекарственных средств на амбулаторном уровне будет достигнуто за счет увеличения перечня лекарственных средств и хронических заболеваний, лечение которых обеспечивается на уровне АПП. Будут пересмотрены подходы к планированию АЛО на основании рекомендаций ВОЗ и международного опыта. Фондом будет рассмотрен вопрос внедрения механизмов сооплаты стоимости получаемых при амбулаторном обеспечении лекарственных препаратов (сверх установленной предельной цены их возмещения). Таким образом, пациенты будут иметь право выбора препарата или медицинского изделия по торговому наименованию, не входящего в перечень, закупаемых единым дистрибьютором.

Фонд будет способствовать увеличению доли лечебно-диагностических мероприятий, оказываемых на уровне АПП, с целью своевременного оказания первой медицинской помощи и выявления заболеваний на ранних стадиях. Это позволит снизить потребление дорогостоящих и ресурсоемких специализированных услуг, оказываемых стационарами.

Комплекс мероприятий будет включать следующее – стимулирование внедрения высокоинформативных методов диагностики на уровне АПП (ПЭТ, КТ, МРТ), содействие в развитии Школьной медицины и стационарзамещающих технологий.

Будет оказано содействие в развитии стационарзамещающих видов медицинской помощи, в том числе через стимулирование амбулаторной хирургии с условием обеспечения надлежащего качества медицинских услуг населению.

#### ***Содействие в повышении доступности специализированной медицинской помощи***

Продолжится стимулирование развития ключевых клинических направлений, в том числе онкологической, кардиологической, неврологической служб, включая развитие кардиохирургии и нейрохирургии.

С целью снижения количества граждан, направляемых на лечение за рубеж, а также замещения дорогостоящих программ лечения за рубежом, Фондом продолжится поддержка проведения мастер-классов в научно-исследовательских и университетских клиниках с привлечением ведущих зарубежных специалистов. В этой связи, будет продолжена работа по определению и заключению партнерских соглашений с ведущими зарубежными медицинскими организациями. Также будут сформированы алгоритмы совместного и комплексного ведения пациентов с партнерскими организациями.

*Абзац второй изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

#### ***Совершенствование пакетов медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС***

Поэтапное расширение объемов и перечня медицинских услуг в системе ОСМС путем постоянного совершенствования пакетов медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС является неотъемлемой задачей Фонда в рамках повышения доступности медицинских услуг с учетом обеспечения финансовой устойчивости системы. В том числе будут проведены работы по конкретизации пакетов услуг с учетом приоритетного развития ПМСП, включая применение новых методов классификации с учетом международного опыта.

### **iii. Задача 3. Совершенствование планирования объемов медицинских услуг и тарифной политики**

#### ***Повышение эффективности планирования объемов медицинских услуг***

Дальнейшее совершенствование процесса планирования медицинских услуг будет осуществляться путем перехода от традиционной модели экстраполяции данных (составление плана объемов медицинских услуг, исходя из практики предшествующих периодов) на более эффективные модели планирования с применением математических методов моделирования, с учетом эпидемиологических, демографических и экономических факторов.

Наряду с этим, будет применяться метод бюджетирования, ориентированного на результат (БОР), с учетом взаимосвязи выделенных бюджетных ресурсов с общественно-значимыми результатами, такими как достижение показателей стратегических документов.

*Абзац второй изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

Основная роль Фонда в планировании заключается в эффективном управлении финансовыми потоками и определении финансовых возможностей системы здравоохранения в рамках ГОБМП и

ОСМС на краткосрочный (до года), среднесрочный (до трех лет) и долгосрочный (десятилетия) периоды.

С целью повышения точности прогнозирования объемов медицинских услуг с учетом реальной потребности населения Фондом будет проделана работа по выявлению и определению степени влияния различных факторов на объемы медицинской помощи в разрезе форм медицинской помощи. При прогнозировании объемов медицинских услуг будут учитываться социально-демографические, экономические и поведенческие факторы с одной стороны, и ограничивающие факторы со стороны системы здравоохранения, связанных с текущими и перспективными возможностями здравоохранения и наличием необходимой инфраструктуры, человеческих и технических ресурсов с другой стороны. Таким образом, на постоянной основе будут отбираться и совершенствоваться модели прогнозирования медицинских услуг с подбором перечня показателей, оказывающих наибольшее влияние на достоверность планирования медицинской помощи.

При планировании объемов медицинской помощи в системе ОСМС Фонд будет учитывать текущую государственную политику в сфере здравоохранения с преимущественным развитием профилактических, ресурсосберегающих, импортозамещающих и высокотехнологических медицинских услуг.

Также планирование объемов медицинской помощи будет осуществляться с учетом предложений местных исполнительных органов управления здравоохранением. При этом потребность объемов медицинской помощи будет учитывать положение инфраструктуры в регионах, ее дальнейшее развитие. Фонд для качественного планирования будет участвовать в согласовании мероприятий по развитию инфраструктуры в регионах. Также активно будут привлекаться институты развития здравоохранения для проведения анализа объемов медицинской помощи по видам и формам.

Долгосрочная актуарная модель на основе моделирования сбалансированного процесса доходов и расходов как в разрезе регионов, так и в разрезе видов медицинской помощи, позволит учитывать тарифную политику и интегрировать: 1) региональную составляющую; 2) стратегические цели Фонда по развитию форм и видов помощи; 3) международный опыт и тренды. Для анализа достоверности статистической информации, Фондом будут привлекаться клинические эксперты.

Автоматизация планирования является одной из важных задач для повышения эффективности процесса. Автоматизация планирования будет интегрирована с основными процессами, в том числе с процессами закупа, мониторинга исполнения договорных обязательств и качества медицинской помощи, а также оплаты. В целом, благодаря такой интеграции Фондом будет создана «экосистема», позволяющая усилить роль Фонда в качестве стратегического закупщика. Внедрение инструментов автоматизации позволит свести к минимуму ручной ввод данных при формировании плана объемов медицинской помощи и перевести направленность от краткосрочного к долгосрочному горизонту планирования. Автоматизация также позволит сократить время процессов планирования и распределения по регионам объемов медицинских услуг, включающих трудоемкие вычислительные операции. Дальнейшая цифровизация будет осуществляться с учетом необходимости создания обширных баз данных, формирования и моделирования различных сценариев финансирования медицинских услуг для определения наиболее оптимального пакета медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

### ***Совершенствование тарифной политики***

Фонд продолжит реализацию тарифной политики, основанной на принципах сбалансированности интересов, соответствия, эффективности, стимулирования, предсказуемости, прозрачности, информационной доступности, обоснованности, финансовой устойчивости, единства и гибкости. В целом политика тарифообразования на ближайшие годы будет экономически

реалистичной и нацеленной на соблюдение баланса между доходами и расходами системы ОСМС через стимулирование поставщиков к повышению качества услуг в рамках передовых способов оплаты с учетом агрегирования взаимосвязанных или однородных услуг, проведение постоянной оценки результатов деятельности, балансировку объемов оказанных услуг.

В рамках совершенствования тарифной политики перед Фондом стоят задачи по определению институциональной и нормативной схемы тарифообразования, совершенствованию подходов к использованию тарифов для стимулирования поставщиков медицинских услуг к достижению целей здравоохранения, определению подходов и параметров, которые будут применены для совершенствования тарифов и методов оплаты, определению мер, которые будут предприняты для усовершенствования процесса и инфраструктуры тарифообразования, а также внедрению механизмов мониторинга и оценки эффективности тарифообразования.

В целях соблюдения принципа гибкости в состав тарифов будут включены все коэффициенты, необходимые для отражения различий между регионами, поставщиками, особенностями оказания помощи. Эта мера ориентирована на исключение антистимулов для поставщиков, таких как излишняя вынужденная экономия на различных этапах лечебно-диагностического и научного процесса, отбор менее неосложненных случаев и так далее.

В соответствии с принципом финансовой устойчивости будет проводиться политика полного охвата статей затрат в тарифах и стимулирования развития приоритетных направлений здравоохранения. Так, для обеспечения устойчивого финансового развития поставщиков медицинских услуг с целью повышения рентабельности АПП запланировано включение в структуру тарифа расходов на амортизацию основных средств и нематериальных активов. Учитывая, что данная мера потребует вложения значительных финансовых ресурсов, планируется поэтапное включение амортизационных расходов. Корректировка стоимости тарифа с учетом амортизации предполагается посредством введения поправочного коэффициента начиная с 2023 года.

Кроме того, для поддержки стимулирования развития медицинских организаций будет рассмотрен вопрос внедрения поправочных коэффициентов, в том числе через аккредитацию. Также Фондом будет изучен и внедрен международный опыт по разработке тарифов с учетом степени сложности состояния пациентов, а также наличия значимых сопутствующих заболеваний.

Общие меры по усовершенствованию тарифов по формам и видам помощи будут включать унификацию и совершенствование нормативов на различные статьи расходов, включая оплату труда работников организаций здравоохранения. Согласно Национальному проекту, ежегодно планируется повышение заработной платы врачам и средним медицинским работникам.

*Абзац шестой изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

Поддержание актуальности тарифов также будет в приоритете, потому как это обеспечивает соответствие тарифов затратам при условии сохранения объемов медицинской помощи с учетом интенсификации лечебно-диагностического процесса. В свою очередь, будут исключены антистимулы, связанные с валютными и иными ценовыми колебаниями, что стимулирует создание условий для оптимального оказания поставщиками медицинских услуг и эффективного управления своей деятельностью. При этом, разработка и актуализация клинических протоколов, формирование медико-экономических протоколов и стандартов позволят наладить последовательность и преемственность процессов для проведения расчета актуальных тарифов.

В соответствии с международной практикой Фондом будут разработаны и внедрены механизмы мониторинга и оценки эффективности тарифной политики, такие как:

- определение и внедрение единой методики и формата сбора необходимых данных;
- анализ и оценка внешних и внутренних данных по утвержденным индикаторам;

- моделирование ситуаций при изменении тарифов;
- прогнозирование и разработка вариантов развития.

Отмеченная выше автоматизация процессов планирования позволит на основе данных, полученных из различных источников с использованием современных аналитических инструментов, строить многофакторную модель тарифов. Кроме того, будут реализованы инструменты, позволяющие просчитывать и моделировать воздействие тарифов и плана на отрасль здравоохранения и здоровье населения.

Для унификации взаимодействия Фонда с медицинскими организациями будут выстраиваться процессы с референтными организациями, в том числе через разработку унифицированных интеграционных сервисов по приему необходимых данных. Это позволит получать все необходимые данные из одного источника. Таким образом, анализ данных о фактических затратах станет основой формирования тарифов.

Фонд понимает, что одним из ключевых параметров схемы институтов тарифообразования является степень участия заинтересованных сторон в процессе. При этом процесс тарифообразования является трудоемким и требует скрупулезного анализа, а также постоянного мониторинга актуальности тарифов. В этой связи Фонд будет стремиться к переходу на более зрелый этап процесса тарифообразования согласно международной практике, где предусматривается повышение участия медицинского сообщества в вопросах формирования тарифов, в том числе при внедрении новых технологий.

#### **iv. Задача 4. Совершенствование механизмов закупа и оплаты медицинских услуг**

В условиях ОСМС через прозрачную политику закупа медицинских услуг Фондом будет обеспечен всеобщий охват граждан качественной медицинской помощью.

Закуп медицинских услуг будет осуществляться на основе следующих принципов:

- электронный закуп объемов медицинских услуг, в соответствии с потребностями населения Республики Казахстан, в том числе заключение договоров закупа медицинских услуг в электронном формате с целью исключения человеческого фактора и повышения прозрачности;
- обеспечение справедливого доступа населению к медицинской помощи путем автоматизированного распределения объемов медицинских услуг на основе критериев оценки пропускной способности, рейтинговой оценки поставщиков;
- повышение качества оказания медицинских услуг за счет создания равных условий для развития конкуренции среди поставщиков услуг, а также регулярного совершенствования системы мониторинга исполнения договорных отношений.

В целях повышения качества оказываемых медицинских услуг, а также прозрачности распределения объемов медицинских услуг процедура закупа на постоянной основе Фондом будет пересматриваться. Формализация и автоматизация процессов отбора поставщиков на основе их рейтингов и распределения объемов медицинских услуг между ними станет приоритетным направлением в совершенствовании процессов закупа. Внедрение механизмов оценки результатов деятельности поставщиков позволит Фонду проработать механизмы заключения договоров закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на долгосрочный период (от трех до пяти лет) с теми субъектами здравоохранения, которые доказали свою добросовестность или же предоставляют услуги по социально-значимым заболеваниям и приоритетным направлениям развития здравоохранения, с условием принятия ими обязательств по дальнейшей модернизации. Фондом будут совершенствоваться процессы формирования актуальной базы данных потенциальных поставщиков (в том числе с ведением карточки поставщика).

На постоянной основе будет пересматриваться и расширяться перечень преимущественных показателей, по которым оцениваются дополнительные условия по лечебно-диагностическим и другим ресурсам, улучшающим качество, доступность и комфортность предоставления услуг населению потенциальным поставщиком (в том числе с учетом системного внедрения принципов корпоративного управления в медицинских организациях и их аккредитации). Главным при распределении объемов будет то, что потенциальный поставщик соответствует всем требованиям в оказании медицинской помощи и обладает высоким уровнем организации медицинской помощи и ресурсами для качественного оказания медицинской помощи. Таким образом, Фондом ежегодно будет формироваться рейтинг потенциальных поставщиков с участием местных органов управления здравоохранением в данном процессе для дальнейшего автоматизированного распределения объемов медицинских услуг на основе критериев оценки пропускной способности и рейтинговой оценки самих поставщиков. При этом, будет пересмотрен отчетный период оплаты по договорам закупа с учетом автоматизации процессов.

В рамках сквозного автоматизированного процесса будет реализована полная автоматизация процессов закупа на базе единых информационных систем. Единая система оплаты медицинской помощи создаст условия для построения централизованного и целостного мониторинга исполнения договорных обязательств поставщиками услуг, обеспечит централизованный учет финансовых потоков Фонда, расширит возможности при проведении анализа и прогнозирования объемов медицинских услуг, сократит время обработки данных и количество ресурсов, необходимых для поддержания информационной системы.

#### **v. Задача 5. Внедрение механизмов проактивного мониторинга качества медицинской помощи**

Направлением 1 Национального проекта является доступная и качественная медицинская помощь. В реализации управления качеством участвуют Уполномоченный орган в области здравоохранения, Фонд, частные страховые компании, аккредитующий орган в области здравоохранения для медицинских организаций, поставщики медицинских услуг, медицинское сообщество, пациенты и другие заинтересованные стороны, деятельность которых будет усовершенствована в сторону повышения качества и безопасности пациента. Конечный результат – повышение удовлетворенности населения качеством медицинских услуг.

*Абзац первый изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*

В целях защиты прав пациентов и повышения качества, оказываемой поставщиками Фонда услуг, мониторинг будет основываться на следующих ключевых принципах:

- эффективность: предоставление услуг здравоохранения, основанных на доказательной медицине, тем, кто нуждается в таких услугах;
- безопасность: недопущение причинения вреда людям, которым оказывается медицинская помощь;
- ориентированность на человека: предоставление медицинской помощи, которая отвечает предпочтениям, потребностям и ценностям людей.

Фондом будут внедрены инструменты оценки показателей качества медицинской помощи среди поставщиков медицинских услуг с учетом передового опыта стран ОЭСР.

В целях обеспечения получения пациентами качественной медицинской помощи в полном объеме Фондом будет внедрен механизм проактивного мониторинга с активным выявлением рисков некачественного предоставления медицинских услуг. Это позволит поставщикам Фонда устранить выявленные риски в установленные сроки без наложения штрафных санкций. Преимущественно



будут внедряться элементы некарательного механизма мониторинга, что будет способствовать повышению доверия специалистов внутреннего аудита поставщиков к Фонду.

Во главе угла мониторинга договорных обязательств стоит вопрос эффективности использования медицинскими организациями выделяемых Фондом финансовых ресурсов для обеспечения качества и доступности медицинской помощи. В этой связи Фондом будут внедрены механизмы медико-экономического мониторинга деятельности поставщиков медицинских услуг. Медико-экономический мониторинг будет направлен на оценку рационального и эффективного использования ресурсов здравоохранения с учетом доказательной медицины. Особое внимание будет уделено мониторингу необоснованного использования лекарственных средств и медицинских изделий. Фондом будут совершенствоваться алгоритмы мониторинга с учетом возрастающих возможностей информационных систем.

В целях повышения эффективности проводимой работы в рамках мониторинга качества и объема медицинской помощи, а также в целом для выявления достоверной структуры расходов медицинских организаций Фондом будут проведены работы по совершенствованию механизмов кодирования медицинских услуг.

Фонд будет активно привлекать в оценку качества оказываемой медицинской помощи экспертов. В среднесрочном периоде Фондом будут проводиться работы по усилению роли экспертных советов, в частности на региональном уровне. Результаты мониторинга будут использоваться для совершенствования процессов планирования, тарифообразования, распределения объемов и оплаты. К концу реализации настоящей стратегии Фондом будет отработан вопрос по обеспечению автономности процедуры клинического аудита и проверки поставщиков услуг от интересов стратегического заказчика с учетом существующей наилучшей международной практики, вплоть до передачи функций Фонда по мониторингу качества оказываемых поставщиками услуг отдельному независимому юридическому лицу.

В рамках автоматизированного сквозного процесса Фондом будут проведены работы по автоматизации мониторинга достоверности вводимых данных в информационные системы и кодирования по МКБ 9 и МКБ 10 (в последствии с учетом перехода на МКБ 11). Дальнейшая интеграция информационных систем на межведомственном и внутриведомственном уровне будет способствовать Фонду во внедрении инструментов верификации достоверности первичных статистических и финансово-экономических данных субъектов здравоохранения.

По мере повышения достоверности вводимых данных Фонд обеспечит автоматизацию процедуры оценки количественных и качественных показателей здравоохранения.

Наряду с этим, будут совершенствоваться механизмы дистанционной координации экспертов (в том числе проведение экспертных советов и аудиторских групп в онлайн режиме) с целью оперативного принятия решений и своевременного устранения выявленных дефектов оказания медицинской помощи.

В долгосрочном периоде Фондом будет проведена работа по внедрению современных инструментов определения отклонения от оптимальных стандартов ведения пациентов, в том числе с учетом применения элементов машинного обучения по мере цифровизации протоколов и стандартов оказания медицинской помощи.

#### **vi. Задача 6. Совершенствование обратной связи с пациентами**

Фонд организует комплекс мероприятий по созданию эффективной коммуникационной инфраструктуры, включающей работу контакт-центра и системы управления обращениями и жалобами, направленных на их своевременное и качественное реагирование.

По мере наращивания объемов работы по обеспечению обратной связи в целях обеспечения бесперебойности и высокопрофессиональности контакт-центра Фондом будет проработан вопрос объединения всех каналов коммуникаций с интеграцией историй обращений и жалоб в одну базу данных (контакт-центр, корпоративный сайт, корпоративная почта, мобильное приложение, Telegram bot, Facebook, Instagram и другие).

При этом, благодаря автоматическому учету данных по жалобам и обращениям населения, на постоянной основе будет проводиться мониторинг, систематизация и анализ данных для их дальнейшего применения в основной деятельности через создание информационно-аналитического центра. В целях повышения информированности населения о доступной медицинской помощи будут внедряться и развиваться онлайн инструменты, в том числе централизованные мобильные приложения и веб-ресурсы, а также проактивные автоматизированные системы мониторинга очередей в медицинских организациях.

Для обеспечения деятельности контакт-центра и поддержки деятельности его сотрудников будет создана информационная система класса CRM (Customer Relationship Management) позволяющая автоматизировать стратегию взаимодействия с потребителями медицинской помощи, в частности для улучшения обслуживания клиентов путем сохранения информации о клиентах и истории взаимоотношений с ними, установления и улучшения бизнес-процессов и последующего анализа с выявлением скрытых закономерностей и системных ошибок, влияющих на обеспечение качественной и доступной медицинской помощи. Наряду с этим, будут разработаны наиболее оптимальные алгоритмы действий с ключевыми участниками (Уполномоченный орган, Комитет контроля качества и безопасности товаров, МИО и медицинские организации) по вопросам обеспечения прозрачности процессов и своевременного реагирования на жалобы граждан.

Также в целях обеспечения открытости и прозрачности будет проработан вопрос предоставления полного доступа к электронным карточкам для потребителей и плательщиков ОСМС с соблюдением принципов индивидуальности и адресности. Фондом будет проведена работа по обеспечению доступа гражданам к сведениям о перечисляемых отчислениях и взносах на ОСМС в режиме реального времени.

## **vii. Задача 7. Развитие корпоративного управления, обеспечение безопасности и упорядоченности процессов**

### ***Система корпоративного управления***

Корпоративное управление и устойчивое развитие являются одними из ключевых компонентов реализации настоящей стратегии развития до 2025 года.

В целях обеспечения устойчивости системы ОСМС и успешного выполнения роли стратегического закупщика Фондом будут приниматься активные меры для внедрения передового опыта корпоративного управления в соответствии с рекомендациями ОЭСР по корпоративному управлению.

Взаимоотношения между Правительством, Уполномоченным органом, Фондом и другими внешними сторонами должны осуществляться согласно нормам законодательства Республики Казахстан, Устава Фонда и Кодекса корпоративного управления Фонда.

Уполномоченный орган по отношению к Фонду участвует в управлении Фондом посредством реализации функций и прав акционера (участника) через Советы директоров и установление целевых показателей деятельности без вмешательства в операционную деятельность. Вовлечение в операционную деятельность Фонда будет осуществляться только в случаях системного невыполнения стратегических целей и задач.

Ответственность и подотчетность Правления Фонда за достижение стратегических целей и задач должны быть усилены, также, как и ответственность и подотчетность Правлению структурных подразделений и филиалов внутри Фонда. Правление периодически будет проводить заслушивание филиалов и структурных подразделений центрального аппарата, в рамках которого будут оценены результаты достижения стратегических целей и задач. Все стратегические цели и задачи будут декомпозироваться до уровня филиалов, в Фонде будет выстроена четкая система сбалансированных показателей.

Процессы стратегического планирования, среднесрочного планирования и бюджетирования Фонда будут четко структурированы и формализованы. В Фонде будет внедрена система регулярной управленческой отчетности и утверждены процедуры по ее формированию и мониторингу.

Ежегодно будет проводиться независимый аудит активов и собственных средств Фонда, отчеты об аудите будут размещаться в открытых источниках и распространяться среди заинтересованных сторон. Корпоративный сайт Фонда будет структурирован, удобен для навигации и содержать полную информацию, необходимую заинтересованным лицам.

До 2025 года в рамках совершенствования системы корпоративного управления Фондом будут реализовываться следующие мероприятия:

- внедрение принципов корпоративного управления (принцип устойчивого развития, принцип управления рисками, внутренний контроль и аудит, принципы прозрачности и объективности раскрытия информации о деятельности Фонда, принцип регулирования корпоративных конфликтов и конфликта интересов);

- эффективное взаимодействие со стейкхолдерами Фонда (разработка карта стейкхолдеров);

- обеспечение своевременного и достоверного раскрытия информации по всем существенно важным вопросам Фонда;

- построение системы эффективного оперативного управления рисками (включая выработку превентивных мер по предупреждению и снижению рисков сбоев основных бизнес-процессов, в том числе при чрезвычайных ситуациях);

- прохождение рейтинга в области корпоративного управления.

Одним из важных компонентов развития системы корпоративного управления является приверженность Фонда в постоянном совершенствовании внутренних бизнес-процессов, в целях повышения которых будет внедряться система процессного управления с дальнейшим прохождением сертификации ISO 9001 «Системы менеджмента качества».

Также Фондом будут проведены работы по внедрению Омбудсмана — лица, назначаемого Советом директоров Фонда, роль которого заключается в консультировании обратившихся к нему работников, участников трудовых споров и оказании им содействия в выработке взаимоприемлемого, конструктивного и реализуемого решения с учетом соблюдения норм законодательства Республики Казахстан (в том числе соблюдения конфиденциальности при необходимости), оказании содействия в решении проблемных социально-трудовых вопросов как работников, так и Фонда, а также в соблюдении принципов деловой этики работниками Фонда и организацией.

В целях определения уровня удовлетворенности персоналом, степени лояльности, отношения к предстоящим или начавшимся нововведениям, уровня вовлеченности персонала в решении корпоративных задач, понимания цели и видения Фонда всеми сотрудниками будут внедрены инструменты ежегодного корпоративного опроса, в том числе посредством привлечения независимых консультантов.

В целом Фонд реализует внедрение высоких этических стандартов и построение корпоративной культуры, основанной на доверии, как внутри компании, так и при взаимодействии с

внешними стейкхолдерами. Становление корпоративной культуры позволит укрепить репутацию и бренд Фонда, а также повысить прозрачность.

### **Обеспечение безопасности и упорядоченности процессов**

Будучи молодой организацией Фонд понимает важность выстраивания и упорядочивания внутренних бизнес-процессов, а также обеспечения их безопасности. Фонд будет совершенствовать свои бизнес-процессы через призму модели постоянного совершенствования качества (CQI – continuous quality improvement) с использованием наиболее действенных механизмов повышения качества процессов, в том числе инструментов проектного менеджмента и бережливого производства.

Фондом будет рассмотрена возможность перехода от функционального к процессному управлению. Такой подход позволит усилить ориентированность исполнителей и руководителей на достижение результата, нужного Фонду, выстроить четкую систему единоначалия — один руководитель сосредотачивает в своих руках руководство всей совокупностью операций и действий, направленных на достижение поставленной цели и получение заданного результата, разгрузить руководителей и сосредоточить их внимание на эффективное управление и реализацию стратегии развития. Такой подход позволит не только регламентировать бизнес-процессы и оптимизировать организационную структуру, но и автоматически:

- формировать регламентирующую документацию (регламенты процессов, положения о подразделениях, должностные инструкции);
- формировать важные аналитические возможности (имитационное моделирование, функционально-стоимостной анализ) для совершенствования системы управления.

С целью полноценной оцифровки бизнес-процессов Фонд организует работу по инвентаризации, описанию и классификации процессов, включая расстановку приоритетов в необходимости автоматизации бизнес-процессов. Одним из перспективных направлений станет внедрение инструментов по обработке данных с элементами машинного обучения для автоматизированного формирования аналитических и отчетных форм. А также будут проведены работы по созданию единой системы электронного архива документов.

Повышение безопасности процессов сопровождается параллельными работами по повышению надежности функционирования IT-инфраструктуры Фонда. В данном направлении Фондом будут проводиться работы по резервированию серверов, а также по усилению роли локальных серверов. Будет реализовано резервирование каналов связи между центральным аппаратом, филиалами и центрами обработки данных Фонда. Основными целями повышения надежности функционирования IT-инфраструктуры станут:

- повышение отказоустойчивости;
- снижение издержек обслуживания;
- повышение информационной безопасности.

На постоянной основе будут вестись работы по снижению рисков появления уязвимостей и устранению выявленных на базе сетевой и серверной инфраструктуры, персональных компьютеров Фонда. Все используемое Фондом программное обеспечение будет обеспечено лицензиями, будут полностью настроены функции сетевой безопасности на активном сетевом оборудовании — антивирусный контроль, контроль вторжений.

### **viii. Задача 8. Развитие человеческого капитала**

Особое внимание Фондом будет уделено развитию человеческого капитала и выстраиванию сильной HR-политики, ведь самым главным ресурсом в реализации данной стратегии являются непосредственно работники Фонда. Фонд ставит перед собой задачу наращивания экспертизы в

вопросах построения эффективных организационных структур, выстраивания систем повышения квалификации и мотивации, а также эффективного и прозрачного подбора персонала. Все решения по организационной структуре будут приниматься, исходя из стратегических задач Фонда.

#### ***Повышение HR бизнес-партнерства***

Будет внедряться институт HR-менеджмента, где HR-направления будут отвечать на вопросы: насколько рационально распределено руководство по уровням и приближен ли уровень принятия решений к тем, кто наиболее близок к информации, ключевым бизнес-процессам. HR-менеджмент будет определять видение форматов рабочего взаимодействия, внутренних иерархий, стандартизации бизнес-процессов, принимать участие в принятии решений по аутсорсингу процессов и функций.

#### ***Обучение и повышение квалификации персонала***

В Фонде будут применяться лучшие практики для внедрения системы повышения квалификации персонала, внедряться программы внешнего обучения, а также обмена опытом и развития компетенций с привлечением специалистов с международным опытом. Развитие внутреннего обучения и программ обмена между работниками центрального аппарата и филиалов станут постоянно и эффективно работающими инструментами по повышению квалификации работников. Будет проработан вопрос внедрения программы менторства в Фонде для создания культуры, направленной на личностный рост работников. Фонд рассматривает затраты на обучение своих работников, как долгосрочные инвестиции в развитие человеческих ресурсов, которые ежегодно должны составлять не менее 5% по отношению к фонду оплаты труда. В долгосрочной перспективе Фондом будут проведены работы по созданию собственного корпоративного университета по повышению квалификации.

#### ***Развитие системы мотивации персонала***

Выстраивание системы конкурентоспособного вознаграждения станет основой удержания и привлечения ценных кадров. Такая система будет привязана не к занимаемой работником должности, а к ответственности и достижению целей и результативности. В Фонде будет создана культура, где вознаграждение основывается на показателях производительности и результативности. Для обеспечения конкурентоспособных условий труда на постоянной основе вознаграждения будут пересматриваться в соответствии с актуальными сравнимыми показателями рынка труда, в частности квазигосударственным сектором. Помимо материального вознаграждения, составляющей системы мотивации станет нематериальное поощрение с ее основными подходами.

#### ***Эффективный и прозрачный подбор персонала***

В целях внедрения единых подходов в области подбора, отбора и найма персонала, позволяющих обеспечить потребности в высококвалифицированных специалистах, планируется создание единой базы данных внешних и внутренних кандидатов - приоритетной формы поиска, направленной на удержание высококвалифицированных и перспективных работников посредством планомерного карьерного развития в Фонде, сохранения корпоративных знаний, навыков и умений. Также будут внедрены программы планомерного карьерного развития, организован эффективно-функционирующий кадровый резерв.

#### ***Достижение высокого уровня автоматизация HR-процессов***

Обозначенные задачи по развитию человеческого капитала будут сопровождаться автоматизацией HR-процессов, уровень которого будет доведен до 100%. Создание интегрированных баз по управлению персоналом между центральным аппаратом и филиалами позволит эффективно и централизованно мониторить реализацию HR-политики.

## V. КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (стратегические индикаторы)

Реализация настоящей стратегии развития будет осуществляться поэтапно, для повышения эффективности работы и обеспечения мониторинга реализации определены следующие стратегические ключевые показатели деятельности (далее – КПД) на 2020–2025 годы. При этом один из показателей задач может быть определен индикатором оценки достижения цели.

№	Наименование КПД	Ед. изм.	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Цель 1. Обеспечение всеобщего охвата населения в системе ОСМС</b>									
<b>Задача 1. Повышение вовлеченности в системе ОСМС</b>									
1	Уровень охвата населения в системе ОСМС*	%	83	не менее 85	не менее 86	не менее 87*	не менее 88*	не менее 89*	не менее 90*
<b>Задача 2. Повышение доступности медицинских услуг</b>									
2	Расширение объема медицинской помощи на амбулаторном уровне в общем объеме медицинской помощи в рамках ГОБМП (РБ) и в системе ОСМС	%	43	не менее 47	не менее 54	не менее 56	не менее 58	не менее 59	не менее 60
3	Доля расходов за счет ОСМС в общей сумме расходов ГОБМП (РБ) и ОСМС	%	15	не менее 15	не менее 21,5	не менее 23,7	не менее 24,2	не менее 24,2	не менее 24,7
4	Охват автоматизированной сверкой обеспеченных рецептов в ИСЛО на соответствие перечня АЛО, утвержденному уполномоченным органом	%	-	-	-	70	-	-	95
<b>Цель 2. Усиление роли Фонда в качестве стратегического закупщика</b>									
<b>Задача 3. Совершенствование планирования объемов медицинских услуг и тарифной политики</b>									
5	Эффективность планирования объемов медицинских услуг в системе ОСМС и в рамках ГОБМП	%	Отсутствует, ОСМС с 2020 года	не менее 65	не менее 69	не менее 73	не менее 77	не менее 81	не менее 85
6	Пересмотр проектов тарифов на медицинские услуги, оказываемые в	%	Отсутствует, ОСМС с 2020 года	-	-	не менее 100	-	-	не менее 100

№	Наименование КПД	Ед. изм.	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	системе ОСМС и в рамках ГОБМП								
<b>Задача 4. Совершенствование механизмов закупа и оплаты медицинских услуг</b>									
7	Доля автоматически распределенного объема медицинских услуг	%	Отсутствует, ОСМС с 2020 года	-	-	не менее 80	-	-	не менее 100
8	Время оплаты услуг поставщиков Фонда	-	Согласно НПА до 20 дней	-	до 10 дней	до 10 дней	до 10 дней	до 10 дней	до 10 дней
<b>Цель 3. Защита прав пациента</b>									
<b>Задача 5. Внедрение механизмов проактивного мониторинга качества медицинской помощи</b>									
9	Уровень влияния проактивного мониторинга на качество медицинской помощи при оказании специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточных и дневных стационаров	% (доля подтв. дефектов)	-	-	-	3,1	2,9	2,7	2,5
<b>Задача 6. Совершенствование обратной связи с пациентами</b>									
10	Удовлетворенность населения качеством получаемой обратной связи	%	Отсутствует, с 2020 года	не менее 70	не менее 75	не менее 80	не менее 85	не менее 90	не менее 95
<b>Цель 4. Обеспечение устойчивого функционирования Фонда</b>									
<b>Задача 7. Развитие корпоративного управления, обеспечение безопасности и упорядоченности процессов</b>									
11	Рейтинг корпоративного управления	-	Отсутствует, с 2022 года	-	-	«низкий» (не ниже 5 из 10 или «В»)	-	-	«средний» (не ниже 7 из 10 или «ВВ»)
<b>Задача 8. Развитие человеческого капитала</b>									
12	Уровень текучести кадров	%	13	не более 13	не более 12	не более 12	не более 11	не более 11	не более 10
13	Доля сотрудников, прошедших внешнее обучение	%	10	не менее 12	не менее 12	не менее 15	не менее 15	не менее 20	не менее 25

#### Методика расчета КПД:

№	Наименование КПД	Ед. изм.	Методика расчета
1	Уровень охвата населения в системе ОСМС	%	Среднее значение охвата населения системой ОСМС, измеряемое как отношение численности застрахованных лиц в системе ОСМС на начало каждого месяца (с 1 февраля по 1 января следующего года) отчетного года к численности населения страны на начало предыдущего месяца (с 1 января по 1 декабря) $\frac{\sum(A_i)}{12} * 100$

№	Наименование КПД	Ед. изм.	Методика расчета
			где $A_i$ – численность застрахованных лиц в системе ОСМС на 1-е число месяца $B_i$ – численность населения страны на 1-е число предыдущего месяца $i$ – месяц отчетного года
2	Расширение объема медицинской помощи на амбулаторном уровне в общем объеме медицинской помощи в рамках ГОБМП (РБ) и системе ОСМС	%	Отношение расходов на амбулаторном уровне в системе ОСМС и в рамках ГОБМП (РБ) к общим расходам, выделенным в системе ОСМС и в рамках ГОБМП (РБ), на соответствующий год $(A/B)*100\%$ , где $A$ – расходы на амбулаторном уровне в системе ОСМС и в рамках ГОБМП (РБ) согласно плана закупа медицинских услуг $B$ – общие расходы, выделенные в системе ОСМС и в рамках ГОБМП (РБ), согласно плана закупа медицинских услуг <i>(за исключением дополнительных расходов, выделяемых на мероприятия по борьбе с КВИ и мероприятия, связанные с возникновением обстоятельств непреодолимой силы)</i>
3	Доля расходов за счет ОСМС в общей сумме расходов ГОБМП (РБ) и ОСМС	%	Отношение общих расходов, выделенных в системе ОСМС в соответствующем году к сумме текущих расходов, выделенных на финансирование медицинской помощи в рамках ГОБМП (РБ) и в системе ОСМС в соответствующем году $(A/B)*100\%$ , где $A$ – общие расходы, выделенные в системе ОСМС* $B$ – Сумма текущих расходов, выделенных на финансирование медицинской помощи в рамках ГОБМП (РБ) и в системе ОСМС в соответствующем году)* * <i>(за исключением дополнительных расходов, выделяемых на мероприятия по борьбе с КВИ и мероприятия, связанные с возникновением обстоятельств непреодолимой силы)</i>
4	Охват автоматизированной сверкой обеспеченных рецептов в ИСЛО на соответствие перечня АЛО, утвержденному уполномоченным органом	%	Отношение обеспеченных рецептов в ИСЛО сверенных в автоматическом режиме в соответствующем году к общему количеству обеспеченных рецептов в соответствующем году. $(A/B)*100\%$ , где $A$ – количество обеспеченных рецептов в ИСЛО сверенных в автоматическом режиме в соответствующем году $B$ – общее количество обеспеченных рецептов в соответствующем году
5	Эффективность планирования объемов медицинских услуг в системе ОСМС и в рамках ГОБМП	%	Отношение разности общей суммы средств утвержденного плана закупа медицинской помощи в системе ОСМС и в рамках ГОБМП на начало соответствующего года и суммы скорректированных средств, предусмотренных в плане закупа медицинской помощи в системе ОСМС и в рамках ГОБМП на конец соответствующего года, к общей сумме средств утвержденного плана закупа медицинской помощи в системе ОСМС и в рамках ГОБМП на начало соответствующего года $((B-A)/B)*100\%$ , где $A$ – сумма скорректированных средств на конец соответствующего года <i>(без учета дополнительных средств в рамках трансферта из республиканского бюджета или корректировок, связанных с волатильностью курса валюты, пандемии)</i> $B$ – общая сумма средств утвержденного плана закупа на начало соответствующего года
6	Пересмотр проектов тарифов на медицинские услуги, оказываемые в системе ОСМС и в рамках ГОБМП	-	Пересмотр проектов тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, утвержденных приказом Уполномоченного органа к концу соответствующего года
7	Доля автоматически распределенного объема медицинских услуг	-	Отношение объема медицинских услуг, распределенных в автоматическом режиме, к общему объему плана закупа медицинских услуг в системе ОСМС и в рамках ГОБМП на год $(A/B)*100\%$ , где $A$ – объем медицинских услуг, распределенный в автоматическом режиме $B$ – общий объем плана закупа медицинских услуг в системе ОСМС и в рамках ГОБМП
8	Время оплаты услуг поставщиков Фонда	-	Количество дней после подписания акта оказанных услуг на оплату услуг поставщиков Фонда
9	Уровень влияния проактивного мониторинга	%	Соотношение количества подтвержденных дефектов по ЕКД 6.0 «Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания



№	Наименование КПД	Ед. изм.	Методика расчета
	на качество медицинской помощи при оказании специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточных и дневных стационаров		услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов» к количеству пролеченных случаев в условиях круглосуточного и дневного стационара, оплаченных по КЗГ. $M\% = \frac{KПД}{KПС} * 100, \text{ где}$ <p>M% – доля подтвержденных дефектов по отклонению лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов в условиях круглосуточного и дневного стационара;  КПД – количество подтвержденных дефектов ЕКД 6.0 «Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов» в условиях круглосуточного и дневного стационара;  КПС – количество пролеченных случаев в условиях круглосуточного и дневного стационара, оплаченных по КЗГ.</p>
10	Удовлетворенность населения качеством получаемой обратной связи	%	По итогам опроса населения
11	Рейтинг корпоративного управления	-	По итогам оценки внешней рейтинговой компанией
12	Уровень текучести кадров	%	Отношение количества уволенных работников по причинам текучести к списочной численности работников в среднем за отчетный период $(A/B)*100\%$ , где A – количество уволенных работников по причинам текучести (увольнение по собственному желанию и в связи с нарушениями трудовой дисциплины. В численность выбывших по собственному желанию включаются работники, выбывшие из организации по инициативе самого работника, а также переводом в другую местность, из-за болезни или инвалидности, увольнения по собственному желанию в связи с наступлением пенсионного возраста; зачисления в образовательное учреждение и другое) B – списочная численность работников в среднем за отчетный период (определяется путем суммирования средней численности работников в среднем за все месяцы отчетного года и деления полученной суммы на количество месяцев отчетного периода)
13	Доля сотрудников, прошедших внешнее обучение	%	Отношение количества работников, прошедших внешнее обучение в соответствующем году к списочной численности работников в среднем за отчетный период $(A/B)*100\%$ , где A – количество работников, прошедших внешнее обучение B – списочная численность работников в среднем за отчетный период (определяется путем суммирования средней численности работников в среднем за все месяцы отчетного года и деления полученной суммы на количество месяцев отчетного периода)

**\*Целевые значения для филиалов Фонда:**

Регионы	2022	2023	2024	2025
Акмолинская область	89,6%	90,6%	91,7%	92,7%
Актюбинская область	86,6%	87,6%	88,6%	89,6%
Алматинская область	82,0%	82,9%	83,9%	84,8%
Атырауская область	90,9%	92,0%	93,0%	94,1%
Восточно-Казахстанская область	86,1%	87,1%	88,1%	89,1%
Жамбылская область	84,0%	85,0%	85,9%	86,9%
Западно-Казахстанская область	88,9%	89,9%	90,9%	91,9%
Карагандинская область	87,5%	88,5%	89,5%	90,6%
Костанайская область	80,3%	81,2%	82,1%	83,0%
Кызылординская область	85,1%	86,1%	87,1%	88,1%
Мангистауская область	90,3%	91,3%	92,4%	93,4%
Павлодарская область	87,7%	88,7%	89,7%	90,7%

Северо-Казахстанская область	85,2%	86,1%	87,1%	88,1%
Туркестанская область	82,5%	83,5%	84,4%	85,4%
г.Алматы	85,8%	86,8%	87,8%	88,8%
г.Нур-Султан	87,7%	88,7%	89,8%	90,8%
г.Шымкент	83,2%	84,2%	85,1%	86,1%
<b>ИТОГО по РК</b>	<b>87%</b>	<b>88%</b>	<b>89%</b>	<b>90%</b>

*Раздел «КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (стратегические индикаторы) изложен в новой редакции в соответствии с решением Совета директоров от 15 марта 2022 года (протокол № 3).*