



УТВЕРЖДЕНО
решением внеочередного Общего собрания участников
Товарищества с ограниченной ответственностью «Viamedis»
(Протокол от «10» февраля 2022 года)

**СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН РАЗВИТИЯ
ТОВАРИЩЕСТВА С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«VIAMEDIS»
НА 2022 - 2027 ГОДЫ**

г. Астана 2022 год

СОДЕРЖАНИЕ

Наименование раздела	Стр.
ПАСПОРТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА	3
ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, МИССИЯ И ВИДЕНИЕ	4
1.1. Правовые основы и структура корпоративного управления	4
1.2. Миссия и стратегическое видение развития	4
1.3. Принципы и ценности корпоративной деятельности	4
ЧАСТЬ 2. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ	5
2.1. Анализ доступности, территориальной специфики и клиентоориентированности	5
2.2. Стратегическая концепция и архитектура реформирования клиничко-организационных процессов	6
• 2.2.1. Ликвидация диагностического вакуума в моногороде: инфраструктурный запуск ГЧП (КТ, МРТ, лаборатория)	6
• 2.2.2. Архитектурное зонирование и безопасность уязвимых групп (Терапия, Педиатрия, Женское здоровье)	7
• 2.2.3. Развертывание многопрофильного Клиничко-реабилитационного центра (круглосуточный стационар, оперблок, ангиографический комплекс)	7
• 2.2.4. Разработка методологии объективной клинической стратификации и разделения пациентов с ХНИЗ по группам риска	8
• 2.2.5. Реформа диспансерной службы: создание профильных участков, открытие Кабинета диабетической стопы, контроль лекарственного обеспечения и сестринский прием	9
• 2.2.6. Центры компетенций: курация тяжелых декомпенсированных пациентов 3–4 групп профильными специалистами	10

• 2.2.7. Выделенная служба скрининговых медицинских сестер со сквозным контролем онкомаршрута	11
• 2.2.8. Автоматизированная система предиктивного планирования и экспертизы медицинских услуг	11
• 2.2.9. Глубокая клиническая аналитика качества и предикция рисков сосудистых катастроф (Clinical Data Analytics)	12
2.3. Анализ кадрового потенциала, развитие сестринского лидерства и создание Корпоративного учебного центра	13
2.4. Анализ финансово-экономической устойчивости, инвестиционных программ ГЧП и прямого инвестирования	14
2.5. Комплексный стратегический аудит (SWOT) и развернутая система управления рисками	15
ЧАСТЬ 3. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И РАЗВЕРНУТАЯ СИСТЕМА ИНДИКАТОРОВ	18
3.1. Стратегическое направление 1: Финансово-экономическая устойчивость, развитие ГЧП и инвестиционных проектов	18
3.2. Стратегическое направление 2: Пациентоориентированность, доступность и скрининг	19
3.3. Стратегическое направление 3: Развитие человеческого капитала, институционализация Корпоративного учебного центра и сестринское лидерство	20
3.4. Стратегическое направление 4: Клиническое совершенство, безопасность фармакотерапии, предиктивное управление ХНИЗ и комплексная реабилитация	21
3.5. Сводная матрица целевых стратегических индикаторов (2022–2027 гг.)	22
ЧАСТЬ 4. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА	24
ЧАСТЬ 5. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА	25

ПАСПОРТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА

Параметр	Содержание
Наименование организации	Товарищество с ограниченной ответственностью «Viamedis» (далее — Товарищество / Организация)
Регистрационные данные	БИН: 141040003526; Генеральная лицензия на занятие медицинской деятельностью № 19000598 от 15 января 2019 года (бессрочная, класс 1)
Место нахождения (юридический адрес)	Республика Казахстан, 010000, г. Астана, район Есиль, ул. Алихан Бокейхана, здание 19, офис 1
Производственные базы и инфраструктурные активы	1. Действующая операционная сеть (в т.ч. в рамках договоров ГЧП): • Филиал в г. Степногорск (БИН: 200541012236, Больничный комплекс, зд. 1 + сеть амбулаторных объектов); • Филиал в г. Кокшетау (пр. Н. Назарбаева, зд. 13А, сеть Центров здоровья № 1–6). 2. Собственные прямые инвестиционные проекты Товарищества: • Проект создания многопрофильного Клинико-реабилитационного центра (КРЦ Viamedis, г. Кокшетау, мкр. Сарыарка, зд. 7/2) со специализированным коечным фондом круглосуточного стационара (100+ коек), операционным блоком и ангиографическим комплексом.
Правовой формат деятельности	Оказание первичной медико-санитарной, специализированной, стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС, реализация договоров Государственно-частного партнерства (ГЧП) и собственных прямых инвестиционных программ развития клинической инфраструктуры
Срок реализации плана	2022 – 2027 годы (5 лет)
Модель корпоративного управления	Двухуровневая система управления: 1. Высший орган управления и стратегического контроля: Общее собрание участников ТОО «Viamedis» (осуществляет высший стратегический надзор и утверждение планов развития); 2. Единоличный исполнительный орган: Генеральный директор (осуществляет текущее оперативное руководство).

Целевое назначение плана

Формирование целостной модели трансформации первичной медико-санитарной и специализированной стационарной помощи, базирующейся на объективной стратификации рисков ХНИЗ, создании диабетических участков и Кабинета диабетической стопы, контроле регулярности приема лекарств и приверженности лечению, непрерывном корпоративном обучении персонала в Учебном центре, сестринском лидерстве, развертывании многопрофильного стационарного реабилитационного кластера и ангиографического комплекса, замкнутом цикле диагностики/реабилитации и предиктивной аналитике данных на период 2022–2027 годов.

ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, МИССИЯ И ВИДЕНИЕ

1.1. Правовые основы и структура корпоративного управления

Настоящий Стратегический план разработан в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан «О товариществах с ограниченной и дополнительной ответственностью», Законом Республики Казахстан «О государственно-частном партнерстве», Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Уставом Товарищества.

В соответствии со статьями 41, 42 и 43 Закона Республики Казахстан «О товариществах с ограниченной и дополнительной ответственностью» в Товариществе сформирована классическая двухуровневая структура корпоративного управления:

1. Высшим органом управления и стратегического контроля Товарищества является Общее собрание участников ТОО «Viamedis». Общее собрание участников выполняет функции высшего органа стратегического надзора, к исключительной компетенции которого относятся определение основных направлений деятельности Товарищества, утверждение стратегических и годовых планов развития, заслушивание отчетов исполнительного органа и службы внутреннего аудита, утверждение годовой финансовой отчетности и распределение чистого дохода;

2. Единоличным исполнительным органом Товарищества является Генеральный директор, осуществляющий оперативное руководство текущей деятельностью Товарищества и подотчетный Общему собранию участников.

Стратегический план является обязательным локальным нормативным актом прямого действия, определяющим систему целей, задач и производственно-хозяйственных индикаторов Товарищества на 2022–2027 годы.

1.2. Миссия и стратегическое видение развития

Миссия Товарищества: Охрана, укрепление и сохранение здоровья прикрепленного населения посредством предоставления высокотехнологичной, безопасной, социально ориентированной и доступной первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической и восстановительной медицинской помощи на основе доказательной клинической практики, государственно-частного партнерства, непрерывного

профессионального развития медицинских кадров, предиктивной аналитики данных и сестринского лидерства.

Стратегическое видение: Стать ведущей социально ориентированной инновационной сетью медицинских центров и поликлиник Республики Казахстан, обеспечивающей полный замкнутый цикл высокотехнологичной диагностики, восстановительного лечения и предиктивного ведения пациентов на уровне регионов и моногородов, демонстрирующей передовую культуру клинической безопасности и пользующейся безусловным доверием пациентов.

1.3. Принципы и ценности корпоративной деятельности

Деятельность Товарищества основывается на следующих базовых принципах:

1. Законность и регуляторное соответствие - строгое соблюдение законодательства Республики Казахстан, отраслевых стандартов оказания медицинской помощи и нормативных актов уполномоченного органа в области здравоохранения;
2. Пациентоориентированность и территориальная доступность - реализация права граждан на получение полного спектра высокотехнологичных медицинских услуг и лекарственных средств по месту прикрепления в рамках ГОБМП и ОСМС, обеспечение безбарьерной среды и уважение прав пациентов;
3. Клиническая безопасность и культура (Just Culture) - открытый некарательный учет инцидентов, ориентация на устранение системных дефектов и строгое соблюдение 6 Международных целей безопасности пациентов;
4. Бережливое производство (Lean Healthcare) - ликвидация потерь времени пациентов в очередях, функциональное разделение потоков и оптимизация маршрутизации;
5. Непрерывное развитие человеческого капитала - институционализация Корпоративного учебного центра, системное повышение квалификации врачей и средних медицинских работников, развитие сестринской практики расширенного профиля.

ЧАСТЬ 2. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ

2.1. Анализ доступности, территориальной специфики и клиентоориентированности

Товарищество обеспечивает медицинское обслуживание совокупного прикрепленного населения численностью свыше 106 тысяч человек, используя филиалы в городах Степногорск (68 525 чел.) и Кокшетау (92 317 чел.) в качестве опорных производственных баз.

Комплексный стратегический анализ исходного состояния первичного звена выявил ключевые системные барьеры, который снижает клиническую результативность и доступность медицинской помощи:

1. Территориальная и технологическая разобщенность лечебно-диагностического процесса в моногороде Степногорск: Историческое отсутствие парка тяжелой лучевой визуализации на уровне первичного звена моногорода формировало выраженный диагностический вакуум, вынуждая пациентов осуществлять вынужденную маршрутизацию в областные и республиканские центры (до 200 - 300 км), что пролонгировало сроки верификации диагнозов, откладывало начало специализированной

терапии и порождало социальную напряженность;

2. Дисфункция традиционной участковой модели организации первичной помощи: Избыточная функциональная перегрузка врачей общей практики рутинным приемом при отсутствии архитектурно-маршрутной дифференциации потоков приводила к совмещению в единых холлах и процедурных кабинетах различных категорий пациентов: соматических больных, пациентов с респираторными и катаральными симптомами, здоровых лиц (проходящих профилактические осмотры, вакцинацию и скрининги), а также беременных женщин. Подобное пересечение потоков создавало эпидемиологические риски для уязвимых групп (прежде всего беременных женщин и детей), снижало комфорт обслуживания и увеличивало время ожидания приема;

3. Формальный подход к учету и наблюдению пациентов с хроническими заболеваниями: Отсутствие объективной шкалы оценки тяжести состояния приводило к тому, что пациенты с компенсированным и декомпенсированным течением хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) наблюдались по унифицированному шаблонному регламенту, не обеспечивая достижения и удержания целевых витальных параметров (артериальное давление, гликемический профиль) у контингента высокого риска. Вследствие этого тяжелые коморбидные больные выпадали из фокуса проактивного клинического контроля, а медицинская помощь приобретала реактивный характер — по факту развития острых сосудистых катастроф (инфаркта миокарда, инсультов, диабетических ангиопатий) и экстренных госпитализаций, в то время как врачебные ресурсы нерационально отвлекались на рутинное ведение стабильных пациентов.

2.2. Стратегическая концепция и архитектура реформирования клиничко-организационных процессов

В основу Стратегического плана Товарищества заложена целостная, причинно-следственная концепция трансформации поликлиники, состоящая из взаимосвязанных функциональных компонентов:

2.2.1. Ликвидация диагностического вакуума в моногороде: инфраструктурный запуск ГЧП (КТ, МРТ, лаборатория)

Стратегическая предпосылка: Исторический дефицит высокотехнологичного диагностического оборудования на уровне первичного звена моногорода Степногорск приводил к хронической задержке верификации диагнозов, позднему началу терапии и необходимости направления пациентов за сотни километров в клиники областного и республиканского значения.

Системное решение: В рамках инвестиционного договора ГЧП на базе поликлинического комплекса г. Степногорск развернут и введен в эксплуатацию замкнутый высокотехнологичный диагностический кластер:

- Компьютерный томограф (КТ) GE Revolution 64 среза с круглосуточным доступом;
- Высокопольный магнитно-резонансный томограф (МРТ) 1.5 Тл;
- 3 цифровых рентгенодиагностических комплекса с низкой лучевой нагрузкой;
- 6 ультразвуковых сканеров экспертного класса с доплерографией и эластографией;
- Автоматизированная клиничко-диагностическая лаборатория с интеграцией в МИС.

Цель и ожидаемый результат: Обеспечение 100% диагностической автономности моногорода Степногорск, сокращение сроков ожидания планового КТ/МРТ до 1–2 рабочих

дней (при экстренных показаниях — проведение в день обращения) и устранение географических барьеров доступности помощи.

2.2.2. Архитектурное зонирование и безопасность уязвимых групп (Терапия, Педиатрия, Женское здоровье)

Стратегическая предпосылка: Традиционное совмещение потоков пациентов в единых холлах и процедурных кабинетах поликлиники несет прямую угрозу перекрестного инфицирования между разнородными группами населения. Наиболее уязвимой категорией являются беременные женщины, у которых в силу физиологической иммуносупрессии любой контакт с вирусными и бактериальными инфекциями соматических больных несет высокий риск внутриутробного инфицирования плода, осложнений гестации и перинатальных потерь. Аналогично, здоровые дети, приходящие на плановую вакцинацию и патронаж, подвергаются неоправданному риску заражения при контакте со взрослыми пациентами при отсутствии выделенных зон обслуживания.

Системное решение: Архитектурно-планировочное и маршрутное выделение трех полностью автономных, физически изолированных функциональных зон:

- Терапевтический блок - выделенный сектор для обслуживания взрослого населения от 18 лет;
- Педиатрический блок - изолированное крыло для детей от 0 до 17 лет с отдельным входом с улицы, кабинетом здорового ребенка (профилактика и патронаж) и изолированным прививочным пунктом с процедурным кабинетом;
- Отделение женского здоровья (Акушерско-гинекологический сектор) - автономная «чистая зона» для диспансерного наблюдения беременных женщин и гинекологических пациенток, оборудованная индивидуальными смотровыми кабинетами, постами пренатального и КТГ-мониторинга плода, процедурными и школой подготовки к родам («Школа матерей»).

Цель и ожидаемый результат: Обеспечение гарантированной инфекционной безопасности и защиты здоровья беременных женщин и новорожденных, полное исключение взаимного перекрестного инфицирования между потоками пациентов, сокращение времени ожидания приема на 40% и создание психологически комфортной, безбарьерной среды для материнства и детства.

2.2.3. Развертывание многопрофильного Клинико-реабилитационного центра (круглосуточный стационар, операционный блок, ангиографический комплекс)

Стратегическая предпосылка: Разрыв преемственности между этапом оказания неотложной помощи и последующим восстановительным лечением, а также острый дефицит специализированных стационарных реабилитационных мощностей в регионах приводят к прогрессированию инвалидизации пациентов после инсультов, инфарктов, кардиохирургических и ортопедических операций, и тяжелых травм.

Системное решение: Реализация прямого инвестиционного проекта Товарищества по созданию в г. Кокшетау (мкр. Сарыарка) специализированного многопрофильного Клинико-реабилитационного центра (КРЦ Viamedis), обеспечивающего полный цикл восстановительного лечения:

- Развертывание круглосуточного стационара реабилитации мощностью более 100 коек по трем ключевым профилям: нейрореабилитация (пациенты после ОНМК и ЧМТ), кардиореабилитация (после инфарктов и кардиохирургических вмешательств) и

ортопедо-травматологическая реабилитация (после эндопротезирования суставов и политравм);

- Оснащение центра стационарным рентгенэндоваскулярным ангиографическим комплексом и операционным блоком для проведения плановых диагностических ангиографий, сосудистых и малоинвазивных хирургических вмешательств;

Цель и ожидаемый результат: Обеспечение полного замкнутого цикла реабилитационной помощи с выходом на мощность более 2 000 стационарных и 3 000 амбулаторных пациентов в год, снижение первичного выхода на инвалидность после сосудистых катастроф и травм на 20–25%.

- Организация отделения восстановительного лечения с залами роботизированной механотерапии, кинезиотерапии, ЛФК и физиотерапевтическими комплексами;

Цель и ожидаемый результат: Раннее амбулаторное восстановление двигательных и когнитивных функций у пациентов после ОНМК, ОКС, эндопротезирования суставов и детей с неврологическим дефицитом; снижение первичного выхода на инвалидность на 15–20% и разгрузка круглосуточного коечного фонда стационаров.

2.2.4. Разработка методологии объективной клинической стратификации и разделения пациентов с ХНИЗ по группам риска

Стратегическая предпосылка: Отсутствие четких, объективных критериев оценки степени тяжести и риска осложнений у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями приводит к тому, что весь диспансерный контингент наблюдается по единому шаблонному сценарию. В результате врачи общей практики перегружены рутинным приемом компенсированных пациентов, тогда как больные с высоким риском сосудистых катастроф и полиорганной недостаточности не получают необходимого интенсивного профильного наблюдения.

Системное решение: Разработка, валидация и внедрение в клиническую практику объективной клинико-лабораторной стратификации пациентов по степени тяжести и риску декомпенсации:

- Выделение критериев стабильного и компенсированного течения заболеваний (1–2 группы риска) для маршрутизации таких пациентов на уровень специализированных диспансерных участков под регулярный сестринский контроль и динамическое наблюдение;
- Выделение критериев высокого и очень высокого риска (3–4 группы риска: декомпенсированное течение, частые экстренные госпитализации, тяжелая коморбидность и поражение органов-мишеней) для их концентрации и передачи под прямое диспансерное наблюдение профильных специалистов узкого профиля в специализированных центрах;
- Утверждение формализованных клинических протоколов межгруппового перевода пациентов по результатам динамической оценки их состояния на мультидисциплинарных врачебных консилиумах.

Цель и ожидаемый результат: Создание прозрачной, доказательной системы управления потоками хронических больных, высвобождение ресурсов участковых терапевтов, персонализация наблюдения в зависимости от реальной тяжести состояния и предотвращение жизнеугрожающих осложнений.

2.2.5. Реформа диспансерной службы: создание профильных участков, открытие Кабинета диабетической стопы, контроль лекарственного обеспечения и сестринский прием

Стратегическая предпосылка: Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания являются главными причинами инвалидизации, ампутаций нижних конечностей и преждевременной смертности населения. При этом ключевым барьером в достижении стабильной ремиссии является низкая приверженность пациентов регулярному приему назначенных базисных препаратов, неконтролируемая полипрагмазия и перебои в графиках лекарственного обеспечения. Рутинное ведение таких больных на общих участках не обеспечивает систематического контроля за приемом медикаментов, своевременного прохождения обязательных услуг и ранней профилактики тяжелых осложнений (в частности, синдрома диабетической стопы).

Системное решение: Поэтапная трансформация диспансерного наблюдения с фокусом на профильные группы заболеваний и сквозной фармакотерапевтический контроль:

- Формирование специализированного Диабетического участка и открытие Кабинета диабетической стопы (КДС) как первого базового шага диспансерной реформы: обеспечение регулярного скрининга периферической нейропатии и ангиопатии, подологического ухода, раннего выявления и лечения язвенных дефектов стоп, обучения пациентов в «Школе диабета»;
- Выделение специализированных Диспансерных участков по кардиологическому и пульмонологическому профилям с нормативной нагрузкой 800–1000 пациентов;
- Внедрение самостоятельного сестринского приема с функцией фармаконадзора и контроля приверженности лечению:
 - Проведение подготовленными медицинскими сестрами расширенной практики плановых осмотров (1 раз в квартал) и контроля витальных параметров;
 - Постоянный контроль регулярности приема базисных лекарственных препаратов (лекарственный комплаенс), аудит соблюдения дозировок и предотвращение опасной полипрагмазии;
 - Своевременное электронное оформление рецептов на бесплатное лекарственное обеспечение (БЛО), контроль непрерывности получения медикаментов в аптечных пунктах поликлиники и маршрутизация на обязательные контрольные анализы по Приказу МЗ РК № 149.

Цель и ожидаемый результат: Достижение индекса приверженности медикаментозной терапии не менее 85%, снижение частоты ампутаций нижних конечностей при сахарном диабете на 30–40%, стабильное удержание целевого артериального давления и гликемии у более чем 78% диспансерных больных, разгрузка врачей ВОП на 50% и 100% ритмичность лекарственного обеспечения.

2.2.6. Центры компетенций: курация тяжелых декомпенсированных пациентов 3–4 групп профильными специалистами

Стратегическая предпосылка: Пациенты с нестабильным, тяжелым течением заболеваний и множественными сопутствующими патологиями требуют непрерывной высокоспециализированной коррекции схем лечения, которую врач ВОП в условиях стандартизированного амбулаторного приема обеспечить не способен.

Системное решение: Формирование в структуре поликлиник специализированных экспертных Центров компетенций (кардиология, эндокринология, пульмонология, нефрология):

- Перевод пациентов 3–4 групп риска под прямое диспансерное наблюдение профильных специалистов (кардиолог, эндокринолог, пульмонолог, нефролог) по решению мультидисциплинарного врачебного консилиума;
- Разработка персонифицированных схем интенсивной медикаментозной терапии, динамический мониторинг лабораторных маркеров и своевременное определение показаний к интервенционному и хирургическому лечению;
- Обратный перевод пациента на сестринский диспансерный участок решением консилиума при достижении стойкой компенсации и снижении категории риска.

Цель и ожидаемый результат: Предотвращение сердечно-сосудистых катастроф, снижение частоты экстренных госпитализаций по осложнениям БСК и диабета на 25–28% и снижение смертности от инфаркта миокарда и инсультов на 20%.

2.2.7. Выделенная служба скрининговых медицинских сестер со сквозным контролем онкомаршрута

Стратегическая предпосылка: Совмещение скрининговой работы с текущим поликлиническим приемом приводит к срыву планов онкопрофилактики, низкой явке целевого населения и потере пациентов с подозрением на патологию на этапе дообследования.

Системное решение: Создание автономной Службы скрининговых медицинских сестер (норматив: 1 медсестра на 10 000 прикрепленного населения):

- Формирование электронных списков подлежащего контингента из МИС с обязательной верификацией и исключением пациентов, уже состоящих на учете с онкопатологией (в связи с отсутствием обратной интеграции МИС с Электронным регистром онкологических больных), и персональный вызов граждан;
- Самостоятельный забор онкоцитологических мазков (жидкостная цитология ПАП-тест), выдача и учет иммунохимических тестов на скрытую кровь (iFOBT), организация маммографического скрининга;
- Закрывание скринингового случая при отрицательном результате;
- Немедленное формирование маршрута «Зеленого коридора» при подозрении на патологию до верификации диагноза и постановки на учет.

Цель и ожидаемый результат: Обеспечение 100% охвата подлежащих целевых групп профилактическими скринингами, выявление артериальной гипертензии, сахарного диабета и глаукомы на ранних доклинических стадиях с немедленным взятием на учет, повышение доли раннего выявления злокачественных новообразований (I–II стадии) и полное исключение потерь пациентов на этапе дообследования.

2.2.8. Автоматизированная система предиктивного планирования и экспертизы медицинских услуг

Стратегическая предпосылка: Ручное составление планов диспансеризации, скринингов и отчетов отнимает значительную часть рабочего времени персонала, порождает ошибки в подборе целевых групп и приводит к пропускам обследований. При этом ретроспективный ручной поиск дефектов не позволяет оперативно скорректировать данные в платежной системе, что влечет финансовые штрафы и снятия со стороны Фонда социального медицинского страхования.

Системное решение: Внедрение централизованного аналитического модуля для предиктивного формирования планов, автоматизации отчетности и превентивного выявления дефектов:

- Автоматическое формирование персонифицированных годовых графиков диспансерного наблюдения, скринингов и вакцинации с валидацией регистров и передачей готовых списков медсестрам для вызова;
- Ежедневный алгоритмический аудит оказанных услуг на соответствие клиническим протоколам, поводам обращения, правилам выписки лекарств и исключение приписок для исправления дефектов до выставления штрафов;
- Автоматический отбор пациентов на медицинскую реабилитацию и в дневной стационар по данным выписок из стационарного регистра;
- Полная автоматизация подготовки регулярных отчетов и сводок, освобождающая врачей и экспертов от рутинных расчетов.

Цель и ожидаемый результат: Полное снятие административно-расчетной нагрузки с врачебного и сестринского персонала, снижение финансовых потерь от штрафов и дефектов на 40%, обеспечение 100% ритмичности диспансерного наблюдения и прозрачное исполнение объемов медицинской помощи.

2.2.9. Глубокая клиническая аналитика качества и предикция рисков сосудистых катастроф (Clinical Data Analytics)

Стратегическая предпосылка: Классическая медицинская статистика констатирует ретроспективные факты (госпитализации, летальность), не предоставляя врачам оперативных инструментов для превентивной коррекции тактики лечения конкретного больного.

Системное решение: Разработка аналитического модуля глубокой клинической аналитики (Clinical Quality Data Analytics):

- Мониторинг в реальном времени динамики достижения целевых витальных параметров по каждому пациенту (удержание целевого АД, уровень HbA1c, холестерин ЛПНП, динамика СКФ);
- Автоматический алгоритмический скрининг электронных карт с выставлением предиктивного флага высокого риска острой декомпенсации (угроза ОКС/ОНМК);
- Ежемесячный автоматический аудит клинической результативности работы каждого врача ВОП, диспансерной медсестры и Центра компетенций по достижению конечных исходов здоровья.

Цель и ожидаемый результат: Переход от пассивной регистрации заболеваний к доказательному предиктивному управлению здоровьем популяции, снижение числа предотвратимых сосудистых катастроф и летальных исходов.

2.3. Анализ кадрового потенциала, развитие сестринского лидерства и создание Корпоративного учебного центра

Штатная численность Товарищества составляет 1 508 сотрудников (филиал г. Степногорск — 542 занятых шт. ед., филиал г. Кокшетау — 951 чел., аппарат управления — 15 чел.).

Укомплектованность врачебным персоналом составляет 88,4%, средним медицинским персоналом — 95,8%. Категорированность врачей — 60,8%, среднего медперсонала — 66,7%.

Ключевым стратегическим приоритетом кадровой политики является создание и институционализация Корпоративного учебно-тренингового центра ТОО «Viamedis».

Задачи и функции Корпоративного учебного центра:

1. Системное обучение медицинского и административного персонала внедряемым клиничко-организационным реформам (технологии работы диспансерных участков, алгоритмы Центров компетенций, стандарты скрининговой службы, контроль лекарственного комплаенса);
2. Непрерывное повышение квалификации врачей общей практики и профильных специалистов по клиническим протоколам МЗ РК, доказательной фармакотерапии, рациональному назначению лекарственных средств и ранней диагностике социально значимых заболеваний;
3. Специализированная подготовка и регулярная аттестация медицинских сестер расширенной практики для ведения самостоятельного диспансерного и скринингового приема, оценки приверженности терапии и выписки рецептов БЛО;
4. 100% практическое обучение и симуляционная сертификация всех сотрудников по международным стандартам базовой реанимации (BLS / «Код Синий»), инфекционной безопасности и культуре Just Culture.

2.4. Анализ финансово-экономической устойчивости, инвестиционных программ ГЧП и прямого инвестирования

Финансовая модель Товарищества базируется на стабильном исполнении договоров закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) и системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) через НАО «Фонд социального медицинского страхования», а также развитии коммерческих медицинских услуг.

Инвестиционный портфель Товарищества структурирован по двум ключевым направлениям:

1. Инвестиционная программа в рамках проектов ГЧП: объем инвестиций частного партнера в капитальный ремонт и оснащение за 2018–2021 гг. составил 2,4 млрд тенге, на период 2022–2027 гг. запланирован объем капитальных инвестиций в размере 1,8 млрд тенге (модернизация поликлинического комплекса и парка тяжелой лучевой визуализации);
2. Прямая инвестиционная программа Товарищества: капитальные вложения в создание, запуск и оснащение многопрофильного Клинико-реабилитационного центра в г. Кокшетау (инсталляция ангиографического комплекса, оснащение оперблока, коечного фонда круглосуточного стационара на 100+ коек и залов реабилитации). Оснащенность медицинской техникой составляет 91,8%. Парк оборудования включает КТ 64 среза, МРТ 1.5 Тл, рентгенэндоваскулярный ангиографический комплекс, хирургический оперблок, цифровые рентген-аппараты, 6 экспертных УЗИ-сканеров, комплексы роботизированной реабилитации, ЛФК и физиотерапии, оборудование Кабинета диабетической стопы и санитарный автотранспорт.

2.5. Комплексный стратегический аудит (SWOT) и развернутая система управления рисками

Внутренние сильные стороны (S)	Внутренние слабые стороны (W)
1. Модернизированный имущественный комплекс в рамках ГЧП; 2. Собственная база тяжелой лучевой диагностики (КТ, МРТ, экспертное УЗИ) в моногороде Степногорск; 3. Собственный многопрофильный стационарный Клинико-реабилитационный центр (КРЦ) с ангиографическим комплексом и оперблоком в г. Кокшетау; 4. Полная архитектурная изоляция клинических потоков (терапия, педиатрия, женское здоровье); 5. Развитое отделение медицинской реабилитации (ЛФК, физиотерапия, механотерапия, массаж); 6. Четкая методология стратификации риска ХНИЗ, создание диабетических участков и Кабинета диабетической стопы; 7. Собственный Корпоративный учебный центр для непрерывного обучения персонала реформам и протоколам; 8. Самостоятельный сестринский прием, системный контроль приема лекарств и приверженности лечению; 9. Центры компетенций и глубокая клиническая аналитика витальных данных.	1. Высокие постоянные эксплуатационные затраты на сервисное обслуживание КТ/МРТ; 2. Высокая доля пациентов пожилого возраста с множественной коморбидностью; 3. Необходимость непрерывной переподготовки медицинских сестер расширенной практики; 4. Текучесть кадров среди молодых специалистов первичного звена.
Внешние возможности (O)	Внешние угрозы (T)
1. Увеличение финансирования в рамках ОСМС и расширение подушевого норматива ПМСП; 2. Получение высшей категории национальной аккредитации (3-й пересмотр); 3. Институциональное лидерство и тиражирование модели реформ Viamedis в системе здравоохранения РК; 4. Развитие дистанционных телемедицинских сервисов и мониторинга лекарственного COMPLAINTS.	1. Общереспубликанский дефицит профильных врачебных кадров; 2. Рост цен на оригинальные запчасти, реактивы и расходные материалы для КТ/МРТ и лаборатории; 3. Риски изменения нормативной базы и тарификатора медицинских услуг; 4. Сезонные подъемы респираторных вирусных инфекций.

В процессе реализации Стратегического плана Товарищество идентифицирует внешние и внутренние риски, способные оказать негативное воздействие на достижение утвержденных стратегических целей и индикаторов. Управление рисками осуществляется на принципах проактивного превентивного контроля, регламентированного реагирования и регулярного мониторинга Службой поддержки пациентов и внутреннего аудита (СППиВА).

Таблица 2 — Реестр стратегических рисков и превентивные мероприятия по управлению рисками

Наименование риска	Цель, на которую влияет риск	Возможные последствия при непринятии мер	Запланированные мероприятия по управлению рисками	Механизмы регулярного контроля
ВНЕШНИЕ РИСКИ				
1. Риск изменения нормативно-правовой базы, стандартов аккредитации и тарифов ГОБМП/ОСМС	Финансовая устойчивость, непрерывность услуг	Кассовые разрывы, дефицит бюджета, несоответствие новым лицензионным требованиям	Непрерывный юридический мониторинг НПА МЗ РК, оптимизация структуры затрат, гибкое финансовое моделирование, участие в согласовании тарифов.	Ежеквартальный аудит финплана, отчетность перед Общим собранием участников.
2. Риск недофинансирования или задержек выплат по договорам с НАО «ФСМС»	Освоение госзаказа, стабильность выплат ФОТ	Образование кредиторской задолженности, задержки закупки расходных материалов	Формирование резервного фонда Товарищества, жесткий контроль линейного графика исполнения объемов, автоматизированная сверка реестров в МИС.	Ежемесячный финансовый мониторинг планово-экономического отдела.
3. Риск макроэкономической волатильности и удорожания запчастей КТ/МРТ и реактивов	Бесперебойность тяжелой диагностики ГЧП	Рост себестоимости диагностических исследований, риски простоя аппаратов	Заключение долгосрочных сервисных контрактов с фиксацией цен, диверсификация поставщиков сертифицированных расходных материалов.	Ежеквартальный мониторинг контрактов службой государственных закупок и снабжения.
4. Риск оттока квалифицированных врачебных кадров и узких специалистов	Укомплектованность штата, качество помощи	Дефицит специалистов, рост нагрузки на оставшихся врачей, снижение доступности	Внедрение стимулирующей дифференцированной оплаты труда по КРІ, социальные пакеты, наставничество.	Ежемесячный мониторинг коэффициента текучести кадров отделом

			создание комфортных условий труда.	управления персоналом.
5. Риск снижения солидарной ответственности граждан за свое здоровье	Охват скринингами, ранняя диагностика	Низкая явка на скрининги, позднее выявление ЗНО и ХНИЗ в запущенных стадиях	Проактивный цифровой вызов через МИС и службу скрининговых медсестер, санитарно-просветительская работа, школы здоровья.	Ежемесячный анализ явки на скрининги и диспансеризацию в разрезе участков.
6. Риск перебоев централизованных поставок бесплатных лекарств (СК-Фармация)	Лекарственная безопасность, контроль ХНИЗ	Срыв непрерывности базисной терапии, декомпенсация пациентов с БСК и диабетом	Предиктивное формирование годовых и квартальных заявок в модуле МИС с буферным запасом, оперативное перераспределение между филиалами.	Еженедельный аудит остатков медикаментов аптечной службой и зав. поликлиниками.
7. Риск сезонных эпидемических подъемов респираторных вирусных инфекций	Инфекционная безопасность, доступность	Перегрузка амбулаторного приема, риски всплеск ВБИ, рост осложнений	Активация изолированных фильтр-боксов с отдельным входом, маршрутизация потоков, мобильные бригады на дому, неснижаемый запас СИЗ.	Ежедневный эпидемиологический мониторинг инфекционной службы поликлиники.

ВНУТРЕННИЕ РИСКИ

8. Риск аварийной остановки или технического отказа тяжелой техники (КТ, МРТ)	Диагностическая автономность моногорода	Срыв сроков исследований, направление пациентов за 200 км, жалобы	Сервисные договоры 24/7 с регламентом устранения аварий до 24–48 часов, строгое соблюдение регламентов планового ТО, ИБП и климат-контроль.	Ежедневный технический чек-лист инженерной службы филиала в г. Степногорск.
---	---	---	---	---

9. Риск профессиональных клинических ошибок и дефектов оказания помощи	Клиническая безопасность, аккредитация	Ущерб здоровью пациентов, судебные иски, штрафы, отзывы аккредитации	100% соответствие клиническим протоколам МЗ РК, регулярные клинические аудиты СППиВА, симуляционные тренинги в Учебном центре, культура Just Culture.	Ежемесячные отчеты СППиВА на заседаниях Медицинского совета.
10. Риск декомпенсации хронических больных и роста предотвратимой смертности	Снижение смертности от БСК, диабета	Рост инфарктов, инсультов, ампутаций конечностей, экстренных госпитализаций	Четкая стратификация по группам риска, курация 3–4 групп в Центрах компетенций, работа Кабинета диабетической стопы, скрининг осложнений.	Ежемесячный аудит достижения целевого АД и HbA1c через Clinical Data Analytics.
11. Риск полипрагмазии и нежелательных лекарственных реакций (НЛР)	Безопасность фармакотерапии коморбидных	Токсические поражения органов-мишеней, лекарственная несовместимость, госпитализации	Внедрение клинико-фармакологического аудита листов назначений у полиморбидных больных, алгоритмический контроль взаимодействий в МИС.	Ежеквартальный фармакотерапевтический аудит врачебной комиссии.
12. Риск невыполнения целевых индикаторов профилактических скринингов	Раннее выявление онкопатологии (I-II ст)	Рост запущенных форм ЗНО (III-IV ст.), рост одногодичной летальности	Персональное закрепление онкомаршрута за Службой скрининговых медсестер, сквозной «Зеленый коридор» через КТ/МРТ/биопсию до верификации.	Ежедекадный мониторинг скринингового регистра ответственным онкологом.
13. Риск внутрибольничных инфекционных инцидентов и нарушения зонирования	Безопасность материнства и детства	Внутриутробное инфицирование плода, вспышки детских инфекций, штрафы	Строгое физическое разделение зон (взрослые, дети, беременные), автономная вентиляция, контроль гигиены	Еженедельный санитарно-бактериологический контроль комиссии инфекционного контроля.

			рук и режимов стерилизации.	
14. Риск отставания квалификационного уровня кадров от внедряемых реформ	Институциональное лидерство, качество	Формализм сестринского приема, неэффективность предиктивных IT-модулей	Обязательное непрерывное обучение в Корпоративном учебном центре, симуляционная аттестация по BLS и стандартам ПМСП, система наставничества.	Ежеквартальный отчет руководителя Учебного центра по итогам оценки компетенций.
15. Риск увеличения жалоб пациентов и снижения удовлетворенности сервисом	Пациентоориентированность, имидж	Падение рейтинга доверия, отток прикрепленного населения, репутационные потери	Работа службы СППиВА по принципу «Здесь и сейчас», безбарьерная навигация, деэскалация конфликтов, независимое анкетирование через QR-коды.	Еженедельный разбор всех обращений и жалоб на оперативных совещаниях руководства.
16. Риск сбоев в работе IT-инфраструктуры, серверов PACS и МИС	Непрерывность процессов, цифровизация	Остановка амбулаторного приема, потеря данных, невозможность выписки БЛЮ	Резервирование каналов связи, дублирование серверов, ежедневное автоматическое резервное копирование баз данных, регламенты кибербезопасности.	Ежедневный технический мониторинг IT-департамента Товарищества.

ЧАСТЬ 3. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И РАЗВЕРНУТАЯ СИСТЕМА ИНДИКАТОРОВ

3.1. Стратегическое направление 1: Финансово-экономическая устойчивость, развитие ГЧП и инвестиционных проектов

Цель направления: Обеспечение долгосрочной финансово-экономической стабильности Товарищества, своевременное и полное исполнение инвестиционных обязательств в рамках договоров ГЧП и собственных инвестиционных проектов, оптимизация операционных затрат и диверсификация источников финансирования.

Ключевые задачи:

1. 100% ритмичное исполнение утвержденных объемов финансирования в рамках ГОБМП и ОСМС через НАО «Фонд социального медицинского страхования» при поддержании нулевой просроченной кредиторской задолженности;

2. Поэтапная реализация инвестиционной программы модернизации инфраструктуры ГЧП и ввод в строй высокотехнологичных мощностей КРЦ в рамках общего инвестиционного портфеля 1,8 млрд тенге к 2027 году;
3. Внедрение сквозной системы контроля качества исполнения сервисных договоров и договоров соисполнения на основе ключевых показателей эффективности (достижение 96% исполнения по КРІ);
4. Развитие доходного потенциала платных медицинских услуг и программ добровольного медицинского страхования на базе мощностей КРЦ и амбулаторных центров.

3.2. Стратегическое направление 2: Пациентоориентированность, доступность и скрининг

Цель направления: Обеспечение высокой территориальной и временной доступности качественной медицинской помощи для всего прикрепленного населения, внедрение безбарьерной среды и достижение лидирующих позиций по удовлетворенности пациентов. Ключевые задачи:

1. Сокращение времени ожидания плановых высокотехнологичных диагностических исследований (КТ, МРТ, экспертное УЗИ, цифровой рентген) до 1–2 рабочих дней;
2. Обеспечение гарантированной инфекционной безопасности за счет строгого архитектурного зонирования (взрослый терапевтический блок, изолированная педиатрия, чистая зона женского здоровья);
3. Повышение охвата подлежащих целевых групп профилактическими скринингами до 88% с доведением доли раннего выявления злокачественных новообразований (I–II стадии) до 75% и исключением потерь пациентов на этапе верификации диагноза (98% охват дообследованием);
4. Развитие института Службы поддержки пациентов и внутреннего аудита (СППиВА), оперативное разрешение обращений по принципу «Здесь и сейчас», рост удовлетворенности пациентов до 96% и снижение доли обоснованных жалоб до уровня менее 1,0%.

3.3. Стратегическое направление 3: Развитие человеческого капитала, институционализация Корпоративного учебного центра и сестринское лидерство

Цель направления: Формирование высокопрофессионального кадрового потенциала, развитие непрерывного медицинского образования и институционализация передовой сестринской практики.

Ключевые задачи:

1. Институционализация Корпоративного учебно-тренингового центра ТОО «Viamedis» с разработкой и внедрением 24 стандартизированных обучающих модулей по реформам ПМСП, клиническим протоколам и сестринскому приему;
2. 100% практическое обучение и симуляционная сертификация врачебного и среднего медицинского персонала по международным стандартам базовой реанимации (BLS / «Код Синий»), инфекционной безопасности и культуре Just Culture;
3. Делегирование расширенных клинических и маршрутных функций подготовленным медицинским сестрам для самостоятельного ведения стабильных диспансерных больных (доведение доли сестринских приемов до 85%) и скрининговых осмотров;
4. Повышение укомплектованности штатного расписания врачебным персоналом до 96%, средним медперсоналом — до 98%, рост доли категорированных специалистов до 72% и удержание коэффициента текучести кадров на уровне менее 4,5% в год.

Наименование целевого индикатора	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2025 г.	2026 г.	2027 г.
<i>I. Финансово-экономические индикаторы, инвестиции и ГЧП</i>						
1. Исполнение утвержденного финансового плана (бюджета ГОБМП/ОСМС), %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. Совокупный объем инвестиций в модернизацию инфраструктуры ГЧП и развитие КРЦ (нарастающим итогом), млрд тг	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5	1,8
3. Доля внешних договоров и сервисных контрактов, исполненных по КРП, %	88%	90%	92%	94%	95%	96%
4. Отсутствие просроченной кредиторской задолженности, млн тг	0	0	0	0	0	0
<i>II. Клиентоориентированность и доступность</i>						

5. Уровень удовлетворенности пациентов качеством помощи (СППиВА), %	88%	91%	93%	94%	95%	96%
6. Доля обоснованных жалоб от общего числа обращений в СППиВА, %	< 3,5%	< 3,0%	< 2,5%	< 2,0%	< 1,5%	< 1,0%
7. Срок ожидания планового КТ/МРТ, рабочих дней	До 5	До 3	До 2	До 2	1-2 дня	В день обр.
8. Срок ожидания планового экспертного УЗИ и цифрового рентгена, раб. дней	До 3	До 2	До 2	1-2 дня	1 день	В день обр.
9. Охват целевых групп профилактическими скринингами, %	70%	75%	80%	83%	86%	88%
10. Доля лиц с патологией на скрининге, доведенных до верификации диагноза, %	82%	86%	90%	93%	96%	98%
11. Доля раннего выявления ЗНО (I-II стадии) от впервые выявленных, %	60%	65%	70%	72%	74%	75%
<i>III. Клиническое качество, лекарственная безопасность и реабилитация</i>						
12. Охват диспансерных больных ХНИЗ динамическим наблюдением и ПУЗ, %	75%	80%	85%	88%	92%	95%
13. Доля пациентов с АГ, достигших целевого артериального давления, %	50%	58%	65%	70%	74%	78%
14. Доля пациентов с сахарным диабетом с целевым HbA1c (< 7,0%), %	45%	50%	55%	58%	62%	65%
15. Индекс приверженности пациентов базисной медикаментозной терапии (лекарственный комплаенс), %	55%	62%	70%	78%	84%	88%
16. Снижение частоты ампутаций нижних конечностей при сахарном диабете (к 2021 г.), %	База	-10%	-18%	-25%	-32%	-38%
17. Снижение частоты экстренных госпитализаций по БСК и диабету, %	База	-8%	-15%	-20%	-25%	-28%
18. Охват пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (2–3 этапы), %	65%	72%	80%	85%	90%	95%
18.1. Количество пролеченных пациентов в круглосуточном стационаре КРЦ, чел./год	1 000	1 500	1 800	2 000	2 150	2 300

18.2. Количество диагностических и рентгенэндоваскулярных процедур на ангиографе КРЦ, ед./год	150	350	500	650	750	850
18.3. Доля пациентов после ОНМК и травм с улучшением функционального статуса при выписке из КРЦ (шкала Рэнкин/FIM), %	70%	75%	80%	83%	85%	88%
19. Доля диспансерных приемов, выполненных обученными медсестрами, %	25%	40%	55%	65%	75%	85%
20. Уровень соблюдения клинических протоколов МЗ РК (по аудитам), %	85%	88%	91%	94%	96%	98%
21. Показатель младенческой смертности на 1 тыс. родившихся, ‰	6,5	6,0	5,5	5,0	4,6	4,2
22. Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	0	0	0	0	0	0
<i>IV. Кадры, Учебный центр и цифровизация</i>						
23. Охват персонала обучением в Корпоративном учебном центре по реформам, %	75%	82%	88%	93%	96%	98%
24. Количество разработанных обучающих модулей Учебного центра (накопительно)	4	8	12	16	20	24
25. Укомплектованность штатного расписания врачебным персоналом, %	85%	88%	91%	93%	95%	96%
26. Укомплектованность штатного расписания средним медперсоналом, %	92%	94%	95%	96%	97%	98%
27. Доля врачей и медсестер с квалификационными категориями, %	62%	64%	66%	68%	70%	72%
28. Охват клинического персонала обучением стандартам BLS (Код Синий), %	80%	100%	100%	100%	100%	100%
29. Коэффициент текучести медицинских кадров, % в год	< 10,0%	< 8,5%	< 7,0%	< 6,0%	< 5,0%	< 4,5%
30. Доля первичной документации, оформляемой в электронном формате в МИС, %	80%	85%	90%	95%	98%	100%

ЧАСТЬ 4. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА

Ресурсное обеспечение реализации Стратегического плана Товарищества формируется за счет следующих взаимосвязанных составляющих:

1. Финансовые ресурсы: Средства гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП), финансовые активы системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), инвестиционные средства частного партнера в рамках долгосрочных договоров ГЧП, а также собственные прямые инвестиции и реинвестируемая прибыль Товарищества;
2. Материально-технический комплекс: Здания и сооружения амбулаторно-поликлинических комплексов, сельских врачебных амбулаторий, медицинских пунктов и многопрофильного Клинико-реабилитационного центра (КРЦ); высокотехнологичный парк медицинской аппаратуры (компьютерный томограф GE Revolution 64 среза, магнитно-резонансный томограф 1.5 Тл, стационарный рентгенэндоваскулярный ангиографический комплекс, хирургический операционный блок, коечный фонд круглосуточного стационара реабилитации на 100+ коек, цифровые рентгенологические аппараты, ультразвуковые сканеры экспертного класса, эндоскопические видеосистемы, специализированное оборудование Кабинета диабетической стопы, физиотерапевтические, бальнеологические и механотерапевтические комплексы восстановительного лечения, автоматические лабораторные анализаторы закрытого типа), санитарный автотранспорт;
3. Образовательно-методическая база Корпоративного учебного центра: Оснащенные интерактивные учебные классы, современные симуляционные тренажеры и фантомы для отработки навыков базовой сердечно-легочной реанимации (BLS / «Код Синий»), стандартизированный фонд учебно-методических комплексов по клиническим протоколам МЗ РК, сестринской практике, диспансеризации и скринингу;
4. Информационно-цифровая экосистема: Комплексная медицинская информационная система (МИС Akgun), радиологическая информационная система (RIS) и архив медицинских изображений PACS, интеграционные шлюзы с республиканскими регистрами МЗ РК (ЭРДБ, ЭРОБ, РБЖФВ, БГ, СУКМУ, ЭРСБ), аналитические модули предиктивного планирования, превентивной экспертизы и глубокой клинической аналитики (Clinical Quality Data Analytics), защищенная телекоммуникационная сеть филиалов;
5. Человеческий капитал: Высококвалифицированный врачебный состав общей практики и профильных специальностей, мультидисциплинарные реабилитационные команды КРЦ, рентгенэндоваскулярные специалисты, сертифицированные медицинские сестры расширенной практики диспансерных и скрининговых участков, врачи-реабилитологи и специалисты ЛФК, профессорско-преподавательский актив и тренеры Учебного центра, эксперты службы качества и аудита СППиВА, административно-управленческий менеджмент.

ЧАСТЬ 5. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА

1. Реализация Стратегического плана осуществляется на основе ежегодно разрабатываемого и утверждаемого ****Годового операционного плана**** Товарищества, фиксирующего конкретные мероприятия, сроки исполнения, ресурсный бюджет и персональную ответственность руководителей структурных подразделений;

2. Оперативный контроль и непрерывный мониторинг достижения целевых индикаторов возлагается на директоров филиалов (г. Степногорск, г. Кокшетау), руководителя Корпоративного учебного центра, заведующих Центрами здоровья, кураторов Центров компетенций, заведующего отделением реабилитации и Службу поддержки пациентов и внутреннего аудита (СППиВА);
3. Служба поддержки пациентов и внутреннего аудита ежеквартально формирует консолидированный аналитический отчет о динамике достижения индикаторов и исполнении матрицы рисков для рассмотрения на заседании Медицинского совета Товарищества;
4. Комплексная оценка эффективности реализации Стратегического плана по итогам полугодия и календарного года выносится на утверждение **Общего собрания участников ТОО «Viamedis»**, осуществляющего функции высшего органа стратегического контроля и надзора;
5. Внесение изменений, дополнений и корректировок в Стратегический план производится исключительно на основании официального Решения Общего собрания участников Товарищества при существенных изменениях законодательства Республики Казахстан, тарифов на медицинские услуги или макроэкономических параметров.