

УЛАГАТТЫ МЕДИЦИНА

№ 3 (38) МАЙ – ИЮНЬ 2021

КАК НЕ ДАТЬ «РАЗВАЛИТЬСЯ»
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ РК

«РАССТРЕЛЬНАЯ ДОЛЖНОСТЬ»
ИЛИ КРИЗИС В УПРАВЛЕНИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА
РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ?

«ИДЕМ В ГЕНЕТИКУ...»
ЕРЛАН СУЛЕЙМЕНОВ



**СПЕЦПРОЕКТ:
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

КАК СОКРАТИТЬ ИЗДЕРЖКИ НА ЛАБОРАТОРИЮ?



**ЛУЧШЕЕ РЕШЕНИЕ - АУТСОРСИНГ
ВАШИХ ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛУГ
В СЕТИ КДЛ ОЛИМП**

клинико-диагностические лаборатории
OLYMP
клинико-диагностические лаборатории



АЛТЫН САПА - 2018



Жыл таңдауы 2017-2019
ВЫБОР ГОДА 2017-2019



ТМД ЕЛДЕРІНІҢ САПА СЫЙЛЫҒЫ
ПРЕМИЯ КАЧЕСТВА СТРАН СНГ



ISO 15189
STANDARD



Отандық нарықтағы ең үздік
қазақстандық франшиза
Лучшая казахстанская франшиза
на отечественном рынке.

59-79-69



www.kdl.kz

Н О В О С Т И

3 **17-Я КАЗАХСТАНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ
ВЫСТАВКА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ASTANA
ZDOROVIE 2021**

С 27 по 29 октября 2021 г. в международном выставочном центре ЕХРО столицы пройдет 17-ая Казахстанская международная выставка по здравоохранению – Astana Zdorovie 2021.

СПЕЦПРОЕКТ:

НАЦПРОЕКТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

4 **ЗАПРОС НА ИЗМЕНЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ОПРЕДЕЛЯЯ ПУТИ**

3 июня прошло рабочее совещание фракции Народной партии Казахстана «Пути реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан». Оно позволило выявить не только наиболее острые проблемы отрасли, но и общие принципы и пути ее трансформации.

14 **НАЦПРОЕКТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ:
ДЕКЛАРИРУЕМ ОДНО, ДЕЛАЕМ ДРУГОЕ?**

Рассматривая текущую версию нацпроекта в здравоохранении, представленный МЗ РК, можно отметить явное противоречие между декларируемыми целями в виде перестройки приоритетов с самой системы здравоохранения на пациента.

16 **КАК НЕ ДАТЬ «РАЗВАЛИТЬСЯ»
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ РК**

Данный раздел интервью, на наш взгляд, очень важен, поскольку отражает мнение Ирины Пивоваровой по системным вопросам развития отрасли.

СТРАТЕГИЯ

24 **РЕЙТИНГ УПРАВЛЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПО РАЗВИТИЮ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В
МЕДИЦИНЕ КАЗАХСТАНА: 2021**

Ситуация с развитием частного здравоохранения в регионах нашей страны очень разная. В этой связи представляем вашему вниманию рейтинг управлений здравоохранения по итогам 2020 года.

28 **«ИДЕМ В ГЕНЕТИКУ...» ЕРЛАН СУЛЕЙМЕНОВ**

Крупнейшая частная лабораторная сеть страны начинает активно развивать генетические исследования и тесты. В этой связи представляем вашему вниманию интервью с руководителем сети клинико-диагностических лабораторий «Олимп» Ерланом Сулейменовым.

33 ГОРОДСКАЯ МЕДИЦИНА

Урбанизация населения планеты влечет ряд преимуществ и недостатков. В этой статье кратко рассмотрим его влияние на здравоохранение выделяемые зарубежными экспертами.

ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ В МЕДИЦИНЕ**36 ОТВЕТСТВЕННАЯ ЗА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ «ОСТРЫХ» РЕГИОНОВ...**

Представляем вашему вниманию интервью с одним из самых ярких предпринимателей здравоохранения страны – ответственную за гематологическую службу регионов, составляющих «промышленный хребет» страны – Ириной Пивоваровой.

МАРКЕТИНГ В МЕДИЦИНЕ**30 РЫНОК МЕДУСЛУГ: НОВЫЕ РЕКОРДЫ И РЕВАНШ ГОССЕКТОРА**

Объем рынка медицинских услуг в 1 квартале 2021 года вырос на 45,9%. Это самый высокий показатель, как минимум, за последние 8 лет, что мы отслеживаем данный показатель. Рассмотрим основные тренды рынка по подробнее.

НР В МЕДИЦИНЕ**42 «РАССТРЕЛЬНАЯ ДОЛЖНОСТЬ» ИЛИ КРИЗИС В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ?**

Рассматривая итоги 2020 года в здравоохранении страны можно отметить огромную текучесть кадров в рядах начальников региональных управлений - на 17 должностях побывали 38 человек! Рассмотрим этот вопрос чуть более подробнее.



Журнал «Улагатты медицина» №3 (38)
Издается с октября 2013 г. Выходит один раз в два месяца.

Директор и главный редактор
Каирленов М.А.

Авторы
Марат Каирленов
Гульнар Амренова
Ниязбек Бектембаев

Корректор
Гульнар Амренова

Дизайн и верстка
Чингис Маденов

Мнение авторов не всегда совпадает с мнением редакции. Все права защищены. Перепечатка материалов и/или их части возможна только с письменного разрешения редакции.

Издатель и учредитель
ТОО «Улагат Консалтинг Групп»

Адрес редакции (юридический):
Республика Казахстан, 050030,
г. Алматы, пр. Суюнбая, 495 В.
Фактический адрес: г. Нур-Султан,
ул. Кенесары 40, оф. 2008,
тел.: +7 71 72 96-80-10

e-mail: ulagat_cg@mail.ru
сайт: www.ulagat-m.kz

Свидетельство о постановке на учет периодического печатного издания и/или информационного агентства «15442-Ж» выдано 23 июня 2015 г. Министерством культуры и информации Республики Казахстан.

Отпечатано в типографии ТОО «ТА и С»: г. Караганда, ул. Степная 62А, 100019. Тираж 1500 экземпляров. Цена договорная. Распространяется на территории РК.

17-Я КАЗАХСТАНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ASTANA ZDOROVIE 2021



В период пандемии система здравоохранения Казахстана столкнулась с новыми вызовами и задачами, связанными со сложной эпидемиологической ситуацией во всем мире, и в том числе на территории Казахстана. Безусловно, у профессионального медицинского сообщества накопилось множество тем для обсуждения и обмена опытом.

Проявляя заботу о здоровье наших партнеров, участников и посетителей, **Казахстанская выставочная компания Itesa** приняла решение перенести Казахстанскую международную выставку «Здравоохранение» – **#KINE 2021** на 2022 год. Тем не менее, сохранилась необходимость в едином информационном и выставочном пространстве, где будут масштабно представлены новые возможности продвижения инновационных продуктов для практической медицины, привлечены ведущие производители медицинской техники и оборудования, лекарственных препаратов, профессионалы, работающие в системе здравоохранения, представители госструктур и деловых кругов, а также широкой медицинской общественности из всех регионов страны.

Такой площадкой станет **17-ая Казахстанская международная выставка по здравоохранению – Astana Zdorovie 2021**, которая пройдет с **27 по 29 октября в МВЦ ЕХРО, г. Нур-Султан**.

Astana Zdorovie станет эффективной деловой площадкой для демонстрации медицинского, лабораторного оборудования, расходных материалов, лекарственных

препаратов, товаров медицинского назначения и медицинских услуг в северном и центральном регионах республики.

Выставка Astana Zdorovie 2021 позволит привлечь к участию широкую профессиональную аудиторию не только из регионов Казахстана, но и стран ближнего и дальнего зарубежья, что будет способствовать эффективному обмену опытом и практическими кейсами по применению инноваций и возможностей медицинской отрасли в период пандемии.

В этом году, участников выставки Astana Zdorovie 2021 ожидает содержательная деловая программа, деловые встречи и переговоры. Очевидно, что в центре внимания станет обсуждение функционирования системы здравоохранения в условиях пандемии Covid-19 и других угроз. В дискуссиях, семинарах и круглых столах примут участие представители министерств и ведомств, руководители лечебных заведений, практикующие врачи, ученые и технологи.

Организатором выставки выступает компания Itesa.

Выставка Astana Zdorovie проводится при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Акимата города Нур-Султан, Торгового Представительства Российской Федерации в Республике Казахстан, Ассоциации производителей фармацевтической и медицинской продукции Казахстана «ФармМед Индустрия Казахстана», Ассоциации международных фармацевтических производителей.

www.astanazdorovie.kz

ЗАПРОС НА ИЗМЕНЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОПРЕДЕЛЯЯ ПУТИ

Текст: Ниязбек Бектембаев

3 июня прошло рабочее совещание фракции Народной партии Казахстана «Пути реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан». Оно позволило выявить не только наиболее острые проблемы отрасли, но и общие принципы и пути ее трансформации.

Открыл совещание депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан от Народной партии Казахстана **Ерлан Смайлов**. Он отметил, что здоровье для каждого из нас – это основа конкурентоспособности всего народа. Поскольку наша страна состоит из нас всех, то система здравоохранения обеспечивает фундамент развития и государства, и нации, и общества в долгосрочной перспективе. Также он отметил, что есть очень большой, просто громадный запрос на изменение в системе здравоохранения на повышение ее эффективности. При этом, по мнению г-на Смайлова ключевой призмой, через которую должна рассматриваться система здравоохранения и изменения, которые хотело бы видеть общество, это устранение недоступности медслужб для многих казахстанцев и вопрос качества. И все решения госполитики, будь это Минздрав или другие государственные орга-

Ерлан Смайлов,
депутат Мажилиса
Парламента РК от
Народной партии
Казахстана



Ключевой призмой, через которую должна рассматриваться система здравоохранения и изменения, которые хотело бы видеть общество, это устранение недоступности медслужб для многих казахстанцев и вопрос качества. И все решения госполитики, будь это Минздрав или другие государственные органы, должны приниматься именно с точки зрения такой человекоцентричности

ны, должны приниматься именно с точки зрения такой человекоцентричности.

В рамках совещания были представлены 4 презентации – позицию минздрава представил первый вице-министр здравоохранения Республики Казахстан **Марат Шоранов**, затем две презентации представила инициативная гражданская группа «Здоровье для всех» в лице **Ерлана Нурпеисова** и **Куаныша Керимкулова** и доклад генерального директора ТОО «Med invest First» **Али Нургожаева**.

ВЗГЛЯД МИНЗДРАВА

Презентация г-на Шоранова раскрыла меры МЗ РК по борьбе с Ковид 19, планы по дальнейшему развитию согласно национальному проекту «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» и взаимодействие с обществом. В части борьбы с Ковид 19 отмечены такие ключевые моменты как:

- расширение перечня амбулаторно-лекарственного обеспечения на пять наименований;
- за счет усиления службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) количество вызовов бригад медицинской помощи сокращено с 701 тысяч в месяц в июле 2020 г. до 661,8 тысяч в месяц в мае 2021 г., в том числе вызовов по поводу COVID с 88,4 тысяч до 27 тысяч;
- автопарк скорой медицинской помощи вырос на 45% до 2 677 единиц, для сельских районов закуплено 100 передвижных медицинских комплексов на базе автобусов до 149;
- для недопущения перебоев с лекарственным обеспечением был сформирован двухмесячный запас на складах единого дистрибьютора по 38 позициям для лечения COVID на сумму более 6 миллиардов тенге;
- мощность лабораторного тестирования увеличена с 32 тыс. до 123 тысяч в сутки;
- количество койко-мест выросло с 28,8 тыс. до 51,4 тыс., в том числе обеспеченных кислородом с 10,5 тыс. до 35,8 тыс. койко-мест;

Озвученные планы по нацпроекту рассмотрены нами в отдельном материале (см. «Нацпроект в здравоохранении: декларируем одно, делаем другое?»). В части взаимодействия с общественностью г-н Шоранов отметил, что минздрав в своей работе проявляет максимальную открытость и готов обсуждать вопросы отрасли с нашими коллегами, пациентскими организациями и представителями не правительственных организаций (НПО), которых насчитывается порядка 234. Они входят в состав консультативно-совещательных органов как Министерства здравоохранения, комиссии при Фонде социального медицинского страхования, так и «СК-Фармация».

Также г-н Шоранов призвал к обсуждению:

Марат Шоранов,
первый вице-министр
здравоохранения
Республики Казахстан



В РФ, где действует аналогичная система, расходы на содержание таких страховых компаний составляют до 30% бюджета, в РК у ФСМС чуть более 1%. Разница осязаемая

- нового порядка распределения объемов медицинской помощи между поставщиками, который предполагается внедрить уже в следующем году;
- разработку и обеспечения четких стандартов гостеприимства - оказания качественной медицинской помощи, которые должны работать одинаково по всей стране, под рабочим названием «Вежливая клиника». Работа в этом направлении делится на 2 части:
- на базе РЦРЗ в рамках Объединенной комиссии по качеству проводить работу по внедрению медицинских технологий, включению и изменению протокола диагностики и лечения;
- по вопросам планирования и бюджетирования создать площадку на базе Фонда социального медицинского страхования (ФСМС).

ХУЖЕ БЫТЬ НЕ МОЖЕТ?

Г-н Нурпеисов отметил, что ожидал от представителя МЗ РК озвучивания неких принципов, научно

обоснованных отправных точек реформирования здравоохранения, а не очередной «план мероприятий». В своей «Презентации принципов реформы здравоохранения Республики Казахстан на основе гражданского запроса» г-н Нурпеисов представил результаты опросов 1700 человек по динамике индекса общественного доверия к системе здравоохранения Казахстана с сентября 2020 г. и 2 обсуждений в офлайн и онлайн форматах, организованных гражданской инициативой «Здоровье для всех».

Так, например, комментируя результаты опросов, он отметил, что в медучреждениях чувствуют себя в безопасности и комфорте только 12%, доверяют квалификации и профессионализму врачей лишь 10%, а информации и статистике МЗ РК лишь 7% (см. таблицу 1). В этой связи, он привел данные по уровню удовлетворенности МВД РК, где ее уровень не 70%, как раньше заявляли, а на самом деле 25%. На этом фоне доверие отечественному здравоохранению на уровне 10%, а информации и статистике МЗ РК только 7% говорит о том, на его взгляд, что хуже ситуации уже быть не может. В целом индекс общественного доверия, измеряемый как доля респондентов, отметивших категоричное «да», составляет 17%, причем 19% у тех, кто не болел COVID-19, а кто болел – лишь 15%.

На основе проведенного исследования, авторами выделены 5 направлений трансформации здравоохранения:

- **Прозрачность медицинского страхования.** По словам г-на Нурпеисова, люди недовольны тем, как ФОМС работал во время эпидемии и логично развивать конкурентный рынок компаний по медстрахованию;
- **Доступность лекарственных средств,** т.е. не только наличие лекарств в аптеке в шаговой доступности, но и то, что цены на лекарства должны быть доступ-

ны и занимать не более 10% доходов. Сейчас у многих пенсионеров практически вся пенсия уходит на лекарства и поэтому пора вводить такие термины как в энергетике – «топливная бедность», когда большая часть пенсии, зарплаты у людей уходит на то чтобы, оплатить счета за тепло и обогрев жилища.

Ерлан Нурпеисов,
представитель
инициативной
гражданской группы
«Здоровье для всех»



В медучреждениях чувствуют себя в безопасности и комфорте только 12%, доверяют квалификации и профессионализму врачей лишь 10%, а информации и статистике МЗ РК лишь 7% (см. таблицу 1). В этой связи, он привел данные по уровню удовлетворенности МВД РК, где ее уровень не 70%, как раньше заявляли, а на самом деле 25%. На этом фоне доверие отечественному здравоохранению на уровне 10%, а информации и статистике МЗ РК только 7% говорит о том, на его взгляд, что хуже ситуации уже быть не может

Таблица 1. Отношение казахстанцев к различным аспектам системы здравоохранения в 2020-2021 гг., доля респондентов, выразивших категоричное ДА или НЕТ.

Вопросы	Да, это так	Категорически нет
Я уважаю труд медработников	75%	-5%
Связаться с больницей / поликлиникой быстро и легко	22%	-51%
Я могу рассчитывать, что буду госпитализирован	15%	-49%
Я чувствую себя в безопасности и комфорте в медучреждениях	12%	-61%
Необходимые лекарства доступны, их легко получить / приобрести	12%	-59%
Я доверяю квалификации и профессионализму врачей и сотрудников медорганизаций	10%	-56%
Попасть на бесплатный прием к медспециалисту легко	9%	-70%
Я доверяю информации и статистике от МЗ РК	7%	-75%
Цены на лекарства практически не изменились	7%	-83%
Я удовлетворен работой системы ОСМС	5%	-75%

Источник: «Презентации принципов реформы здравоохранения Республики Казахстан на основе гражданского запроса», Е Нурпеисов, 2021 г., исследование гражданской инициативой «Здоровье для всех»

- *Сервисная и конкурентная медицина*, предполагает, что именно конкурентный рынок во многом решит проблемы, в том числе коррупции, когда деньги будут идти за пациентом и каждая клиника вне зависимости от формы собственности, рада видеть всех клиентов в своих стенах, показывать наилучший сервис в обслуживании пациентов. Тут также вопросы того, что выгоднее заниматься профилактикой, а не лечением, выведение цифровизации на нормальный уровень. Сейчас ситуация с цифровизацией здравоохранения находится на очень низком качественном уровне. Например, врачи горько шутят, что им в работе мешают пациенты, поскольку оценка работы врача ведется по тому, как они успевают заполнить многочисленные базы данных, которые регулярно «висят», куда врачи должны внести все данные о приеме пациента и т.д.
- *Готовность системы здравоохранения к новым вызовам*, в том числе пандемии, а также природные катаклизмы, военные конфликты. На-

пример, алмаатинцев, наверное, как и жителей других сейсмоопасных регионов страны, кроме COVID-19 беспокоит еще и такие глобальные риски как землетрясения. Каким образом, люди будут получать помощь в городе, где в течение 15 минут все дороги будут забиты пробками? Как люди будут обеспечены медицинской помощью? Очевидно, что должны быть разработаны стандарты и мероприятия по всем этим вопросам. Это отдельное направление необходимо в Казахстане развивать, так как мы видим, что наше здравоохранение совершенно не готово к таким вызовам.

- *Медицинские сотрудники*, как основа основ. Пандемия показала острую нехватку сотрудников, особенно в отдаленных регионах, в малых городах, где люди оставались один на один с пандемией. Вопросы касаются создания мотивации (в т.ч. за счет заработной платы и социального пакета), чтобы врачи хотели учиться (в том числе за счет участия в научной работе) и совершенствоваться.

Основными принципами, которые должны лечь в разработку мероприятий по данным направлениям, выступают:

- **Доступность**, т.к. все респонденты говорят о том, что наше здравоохранение недоступно. Это проявляется в таких аспектах как переполненность больниц, но и отсутствие квалифицированной помощи и страховое покрытие заболеваний;
- **Квалифицированность**. Текущий уровень медработников очень и очень невысокий, и нет признаков мотивации врачей развиваться;
- **Открытость**. МЗ РК очень закрыто – нет никаких обосновывающих исследований и/или статистики по принятым решениям, т.е. возникает ощущение что то, что придет в голову какому-то очередному чиновнику, то и внедряется. Вопросы с адекватностью публикуемой статистики, и озвучиваемыми версиями, явно не повышают доверие общества;
- **Подотчетность, в двух аспектах**. Прежде всего, это персональная ответственность чиновников за принимаемые и реализуемые решения. И второй аспект – перезагрузка работы общественных советов, которые призваны защищать интересы народа, но там сидят бывшие чиновники, которые просто не знают жизнь народа. Там должны быть гражданские активисты, которые ведут активную работу в СМИ и социальных сетях;
- **Конкурентная среда в отрасли**. На рынке должны быть единые правила для всех участников, оказывающих медицинскую помощь, вне зависимости от формы собственности. Тарифы, по которым работают участники рынка, должны быть одинаковыми для всех. Никаких двойных стандартов, никого лоббирования государственных клиник не должно быть. Мы этим закрываем пространство для инвестиций в здравоохране-

ние. Одним из решений в этом направлении выступает выделение СЭС из состава МЗ РК, чтобы устранить конфликт интересов, когда МЗ РК само же определяло правила и напрямую, и через свои аффилированные региональные структуры оказывает медуслуги, и имеет орган, которые проверяет и наказывает.

На основе определения направлений и принципов трансформации здравоохранения исследователи гражданской инициативы «Здоровье

Куаныш Керимкулов,
представитель
инициативной
гражданской группы
«Здоровье для всех»



У нас в стране 70 тыс. врачей или порядка 4 на тысячу населения (18,9 млн. человек / 70 тыс. врачей = 2,7 врачей на 1 тысячу населения – прим. ред.). Нормальное здравоохранение – это 1,6 врача на тысячу населения, хорошее, развитое - 1,8, и развитое здравоохранение, которое работает еще и в так называемом медицинском туризме, это 2 врача на тысячу населения

для всех» сформулировали матрицу реформирования здравоохранения (см. врезку 1).

«РАЗДЕЛЕННЫЕ ФСМС» ...

В своей презентации Председатель совета директоров медхолдинга «Сункар», эксперт гражданской адвокации «Здоровье для всех», Куаныш Керимкулов обозначил целый ряд проблемных аспектов и вариантов решений. Тезисно их можно отразить следующим образом:

- в Кодексе о здоровье народа закреплено право гражданина Казахстана на выбор медицинской организации и свободный выбор врача, однако пациента к узким специалистам направляет врач общей практики из поликлиники, с кем у них заключен договор или с субподрядчиками ФСМС. При этом, основная масса квалифицированных врачей и клиник в настоящее время находятся вне договорного ареала ФСМС и их услуги недоступны для граждан по страховке ФСМС. Причинами этого являются:
- Высокая коррупционная составляющая ФСМС, не дающая частным игрокам получать договора ФСМС. Например, если тарифы на отдельные виды медуслуг в частных организациях выше, то можно было бы ввести сооплату со стороны застрахованных ФСМС на разницу в тарифах, но ФСМС на это не идет;
- Тарифы на медуслуги у ФСМС не сбалансированы, часть сильно занижена, другая завышена, относительно цен в частном секторе. Из-за низких тарифов нам говорят, что у нас дефицит врачей, но это не так. Например, у нас в стране 70 тыс. врачей или порядка 4 на тысячу населения (18,9 млн. человек / 70 тыс. врачей = 2,7 врачей на 1 тысячу населения – прим. ред.). Нормальное здравоохранение – это 1,6 врача на тысячу населения, хорошее, развитое - 1,8, и развитое здравоохранение, которое работает еще и в так называемом

Врезка 1. Матрица реформирования здравоохранения от гражданской инициативы «Здоровье для всех»

Направления / Принципы	Доступность (стоимость, локация, время)	Качество	Открытость (доступность информации)	Подотчетность	Конкурентная среда
Медстрахование	Уязвимые группы населения должны получать государственную поддержку, работающим минимальная заработная плата должна покрывать страховые платежи. Минимальное страховое покрытие должно быть включено в расчет прожиточного минимума	Необходимо создать систему сдержек и противовесов между клиникой и страховой компанией для повышения квалификации лечения, использовать лучшие мировые практики	Прозрачность ОСМС и полная информированность больных о возможностях: показаний к операциям. Пояснить, что может ожидать человек в рамках страховки. Внедрить независимую медицинскую и юридическую поддержку больных на всех этапах оказания медуслуг	ФОМС необходимо вывести из подчинения МЗ и вывести из состава СД ФОМС всех представителей МЗ и ввести общественников	Развивать конкурентный рынок медицинского страхования наряду с ФОМС. Конкурентность страхового рынка создаст большой выбор по ценовому диапазону, локации и времени доступа к страховым продуктам. Примечание: при сохранении и расширении гарантированного пакета медицинской помощи населению
Лекарственные средства, изделия и оборудование (ЛС, ИМН, МТ)	Выработать требования по наличию лекарств в аптеках, на складах и в больницах. Обеспечить наличие аптечного пункта во всех населенных пунктах.	Медицинские учреждения самостоятельно контролируют и несут ответственность за закуп лекарственных средств согласно национального фармацевтического формуляра, утвержденного медицинскими ассоциациями. Ограничить распределение лекарств без рецептов	Создание открытой информационной платформы о наличии лекарственных средств в аптеках, на складах и в больницах, доступной медикам и населению	В переходном периоде необходимо истребовать у СК-Фармации достоверную информацию о затратах на оплату труда сотрудников, логистику закупок, аренду помещений и прочие расходы самого дистрибьютора. Пересмотреть долгосрочные договоры в СК-Фармация. Внедрение системы независимого аудита госмонополистов. Право снабжать МО независимо от формы собственности должны передать в конкурентную среду.	Проверить обоснованность наличия и провести оптимизацию 6 организаций, которые регулируют регистрацию лекарственных средств. Либерализация лекарственного рынка. В период кризиса лекарства поставляли серые поставщики. На рынке лекарств нужна конкуренция
Сервисная медицина	Пересмотреть права и обязанности государственных и частных клиник в сторону развития конкурентоспособности частного бизнеса	Создать систему стимулов в пользу профилактических мероприятий против лечения. Благодаря корпоративному управлению все медицинские учреждения имеют инструменты для эффективной работы: финансирование (страхование и дополнительные платные услуги), управление затратами (собственный закуп), мотивация (надбавки) сотрудников, повышение квалификации. Необходимо провести реформу в системе медицинской статистики	Обеспечение прозрачности бюджетов: использование общественной экспертизы с самого начала формирования бюджетов. Открытость качественных показателей медицинских учреждений о медицинском персонале, отзывы пациентов. Открытый сайт, где граждане могут оставлять сообщения по нарушениям медобслуживания, сейчас это происходит в фейсбуке. Необходимо проводить Независимые исследования удовлетворенности населения на участках/районах. Провести серию фасилитаций между чиновниками и гражданами по вопросам здравоохранения. Проводить дизайн-исследования клиник совместно со студентами-стажерами	В общественные и наблюдательные советы входят гражданские активисты. СЭС вывести из системы минздрава и передать сенату и мажоритису, как счетный комитет, для ее независимости и исключения конфликта интересов. Проводить системные опросы по народному индексу доверия к системе здравоохранения	Предусмотреть этапность перехода от государственной к частной медицине после создания конкурентноспособного рынка медицинского страхования
Готовность системы здравоохранения к новым вызовам (пандемии, природные катаклизмы, военные конфликты)	Создание единой государственной программы по обеспечению наличия резервов, наличия готовых протоколов, обучения врачей вне зависимости от формы собственности МО, обучение населения	Система снабжения лекарствами должна автоматически поддерживать необходимый уровень складских запасов. Необходимо развить систему управления рисками.	Периодические мероприятия по обучению населения, включение в школьные программы уроков по поведению в условиях катаклизмов. Наличие сайтов с подробной информацией и инструкциями	Независимый общественный аудит складов, протоколов, готовности медиков и медицинских учреждений, результаты аудита	Широкое распределение между всеми медицинскими учреждениями ресурсов
Медицинские сотрудники	Цифровизация медкарт, записи к врачу, телемедицина. Расширение сети ПМСП, патронаж	Обеспечить условия для непрерывного повышения квалификации врачей и доступность наилучших современных технологий лечения. Рассмотреть целесообразность возврата профессиональных врачей	Доступная информация о квалификации врачей, система рейтингов позволит исключить коррупционную составляющую при обучении, сертификации, получении степеней и должностей	ВУЗы, учреждения и врачебные комиссии по аттестации и ученым званиям врачебным ассоциациям и наблюдательным советам, сформированным из гражданских активных медиков. Независимый контроль оперативных вмешательств, независимый консилиум при назначении оперативных вмешательств и видеозапись операций	Введение рейтингов и отзывов о медперсонале

медицинском туризме, это 2 врача на тысячу населения. Сейчас идет мощный переток хороших врачей в частный сектор, поскольку, например, в платных клиниках стоимость консультации врача выше стоимости услуги в парикмахерской или бизнес-ланча. И это нормально. Однако, наряду с этим на сегодня огромное количество медицинских услуг в частных клиниках по стоимости ниже, чем стоимость в государственном тарификаторе;

- Необходимо на системной основе, своевременно проводить опросы населения касательно удовлетворенности оказываемыми медицинскими услугами (доступность и качество), иначе реформы будут обречены на провал. Логика изменений должна быть такая: опрос населения, анализ результатов, разработка дорожной карты, реформирование (принятие нормативно-правовых актов и др.), исполнение дорожной карты, контроль за ее исполнением, и опять опрос населения. Ничего лучше этот мир еще не придумал;
- Граждане должны выбирать ту или иную частную медицинскую страховую компанию, которая уже напрямую будет заключать договоры с каждой медицинской организацией в отдельности. ФОМС должен отправлять бюджетные средства (полученные от налогов и взносов граждан) в медицинские страховые компании, которые выбрал этот гражданин. В ФОМС-е не должен работать ни один врач, ни один экономист. Там в основном должны работать IT-шники и их количество не должно превышать 20 человек. Медицинские страховые компании должны самостоятельно проводить политику финансирования потребления или перепотребления населением медицинских услуг. Между прочим, перепотребление – это не совсем плохая вещь, хотя многие и считают, что это нарушение;

- Для развития отрасли здравоохранения необходимо внедрить систему постоянного привлечения инвестиций. Заявленные данные первым вице-министром о 302 млрд. тг. инвестиций за 2020 г. вызывают сомнения. Г-н Керимкулов попросил список инвесторов и суммы, которые ими проинвестированы. Инвестиции должны составлять 15% с оборота, т.е. при рынке медуслуг порядка 2 трлн. тг. – 300 млрд. тг. в год. Если у государства есть лишние деньги, то пусть тратит их на здравоохранение, а не медицину, т.е. дороги, парки, качество продуктов питания, экологию;
- В Казахстане, априори, невозможно сделать ГЧП в системе здравоохранения, потому что ФОМС не заключает договор дольше, чем на год;
- Необходимо прекратить защиту государственных клиник, потому что через них чиновникам легче отмыть деньги, передать их «наверх» и т.д. Необходимо полностью уравнивать в правах частные и государственные клиники и прекратить материальную помощь, оказываемую медицинским организациям со стороны государства. Все медицинское оборудование клиники должны покупать сами. Если медицинские организации не могут этого купить, значит, они воруют. На сегодня государственный медтариф дает возможность спокойно зарабатывать от 12% и выше дохода.

МЕТОДИКА РЕФОРМ...

Следующее выступление представил генеральный директор ТОО «Med invest First» **Али Нургожаев**, подготовленное совместно с CEO Health&Capital **Маратом Мамаевым**. Они предложили семь мер, которые, по их словам, «...позволят перейти от операционных мероприятий к эффективному реформированию здравоохранения». В

Али Нургожаев,
директор ТОО
«Med invest First»



В лекарственной политике, у нас существует только не утвержденный драфт от 2013 г., отсутствует государственная надотраслевая позиция по вопросам ЕАЭС. Как следствие – преимущественно Российская Федерация держит инициативу и продвигает вопросы в своих интересах

частности, тезисно, их можно сформулировать следующим образом:

1. Начать необходимо с оценки и сценарного прогнозирования потребности населения в медуслугах. Сейчас потребность оценивается фрагментарно, эпизодически и с дефицитом входных данных;
2. На основе спроса разработать план его удовлетворения - План развития медицинской практики и технологии (далее План). Он должен включать вопросы профилактики, фармацевтики и др. и базироваться на оценке технологий здравоохранения. Также на этом этапе естественным путем сложатся прогнозные и целевые показатели здоровья населения. Сейчас такие показатели устанавливаются просто «на глазок» или с минимальным наукоподобным прогнозированием;

3. Чтобы реализовать этот План надо утвердить тарифную политику, кадровую и лекарственную. В лекарственной политике, у нас существует только не утвержденный драфт от 2013 г., отсутствует государственная надотраслевая позиция по вопросам ЕАЭС. Как следствие – преимущественно Российская Федерация держит инициативу и продвигает вопросы в своих интересах;

4. Для обеспечения Плана ресурсами надо разработать долгосрочные планы повышения квалификации и развития инфраструктуры – 10-летние планы на уровне МЗ РК и 5-летние на уровне региональных УЗ. Сейчас существует лишь изолированный Единый перспективный план развития сети организации здравоохранения, планы медицинской инфраструктуры и оборудования – формально 3-летние, фактически – однолетние, а планы повышения квалификации – однолетние. Планы развития инфраструктуры должны, кроме сектора стационаров и ПМСП, включать вопросы экстренной медицины и лабораторной службы, для которых надо разработать концепции развития. Национальная телемедицинская сеть в существующем виде не отвечает требованиям времени в отношении обеспечения доступности сельского здравоохранения;

5. Долгосрочные планы повышения квалификации и развития инфраструктуры необходимо закрепить и детализировать в Программах развития территорий. ПРТ должны стать центральным связующим звеном бюджетирования и развития. Сейчас ПРТ – «пустые» (как в части здравоохранения, так и в прочих частях), что и является причиной «пробуксовки» реализации Государственных программ, а теперь и Национальных проектов на местах;

Жанат Нурғалиев,
руководитель
некоммерческой
организации
«INTEGRITY ASTANA»,
член Общественного
совета столицы



Закупки лекарств «СК-Фармация» производятся согласно постановлению Правительства №1729 по правилам организации и проведения закупок лекарственных средств. Согласно, например, пункту 7 главы 2, единственный дистрибьютор осуществляет закуп по 7 способам. «Из этих семи способов только 2 закуп он может осуществлять на веб-портале закупок. Не вправе, не должен, а может осуществлять. Пять способов остаются на бумажном носителе»

6. Для реализации всего вышеперечисленного требуется выработать 5-10-летние планы развития ГЧП, как инструмента реализации привлечения частного капитала, в том числе в фармпроизводство. Основными требованиями к планам развития ГЧП должны стать сохранение управляемости медицинской помощи по региону и последовательное использование форматов: от оснащения через доверительное управление к

завершающей форме – приватизации (в случае успеха). Проекты ГЧП с международным участием должны приоритетно ориентироваться не на инфраструктурную составляющую (по умолчанию), а на передачу медико-технологических решений. Сейчас ГЧП не планируется, последовательность форматов нарушена (приватизация идет без предисловий), международные проекты сосредоточены на инфраструктуре;

7. Для реализации приоритетов следует разработать и реализовать Национальные и Региональные проекты и портфели проектов. В частности, по таким вопросам, как клинические стандарты, программы управления заболеваниями, права медработников, уровень зарплат и методы финансирования, цифровизация и т.д. В части деятельности по управлению качеством медицинских услуг и ряда других направлений следует опираться на саморегулируемые организации (СРО), как на институциональный элемент с нераскрытым потенциалом. В части развития цифрового здравоохранения, к сожалению, сейчас даже у Министерства цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности не существует цельного видения развития цифрового здравоохранения, все говорят только о быстрых победах. Но если взять международные классификации, то у нас из 12 подсегментов цифрового здравоохранения в какой-то зачаточной стадии находится всего шесть, остальные просто отсутствуют. Также на этапе планирования проектов возникнут процессные индикаторы.

Вышеприведенные 7 шагов по регулированию системы здравоохранения относятся к регулярной деятельности, но их необходимо продублировать с точки зрения возможных чрезвычайных положений (ЧП) всех видов. Сейчас у нас специ-

ализированное законодательство в сфере ЧП, по сути, отсутствует. И, например, при переводе указом Президента законодательства страны в режим ЧП, «переключение» отраслевого законодательства не происходит.

К сожалению, как показывает опыт, идеально разработанная и всесторонняя нормативно-правовая база, значит очень мало для успешности реформ в нашей стране.

ПРИОРИТЕТЫ ДЛЯ ЗДРАВА...

В части вопросов и ответов можно отметить несколько наиболее системных. Так, вопрос г-на Мамаева к МЗ РК касался планируемых законодательных работ на 2020 – 2022 годы по следующим проблемам:

- медицинских услуг в стране производится и предоставляется ровно столько, сколько имеется денег для их оплаты у государства и физических мощностей для производства, а не сколько требуется населению;
- в законодательстве нет критерия отнесения к медицинской помощи и его распределение между пакетами ГОБМП или ОСМС, но как показывают исследования международного проекта «Health Basket», в большинстве стран подобные пакеты формируются лоббизмом определенных сторон, а не рациональным анализом, в т.ч. финансовой эффективности. В нашей стране при определении перечня ГОБМП и ОСМС больше всего шансов у медицинского бизнеса через НПП «Атамекен», имеющего возможность влиять на процесс согласования нормативного документа. В случае же пациентских организаций или профессиональных сообществ медицинских работников присутствие их в Объединенной комиссии по качеству (ОКК) не гарантирует прямого влияния на процесс принятия решения, т.к. ОКК не выносит решение, а лишь дает рекомендации для принятия решений.

Г-н Шоранов отметил, что для покрытия потребностей в медуслугах и запущено ОСМС. В части вопросов по пакетам, их разделению и др. Есть вопросы по усилению информационной работы среди населения для нивелирования неясностей и непонимания у населения. «Сейчас МЗ РК работает над выработкой предложений по возможному объединению пакетов, но надо понимать, что быстро такие вопросы не решаются – принятие поправок в законы требует обсуждения, времени и т.д», – пояснил чиновник.

Вместе с тем, представитель некоммерческого консорциума «Медконструктор» **Лейла Даирбаева** отметила, что объединение пакетов – архиважный вопрос. «Если мы не будем к нему возвращаться, то получим, что многие службы в республике останутся и вместо того, что мы ожидали от внедрения ОСМС – улучшение доступности и повышение качества, получим полный крах системы. То есть пациент только «зашел» в медорганизацию и врачи уже должны знать его диагноз для того, чтобы определить ему пакет. Ошибки очень дорого наказываются Фондом. Возможно, этот вопрос решится проще, если мы поймем, что на сегодняшний день то, что должен был делать Фонд в своей внутренней операционной деятельности, переложено на врачей при поступлении пациента» – резюмировала она.

ПРОЗРАЧНОСТЬ БЮДЖЕТОВ...

Депутат Мажилиса **Галымжан Елеуов** обратил внимание на непрозрачность бюджетов здравоохранения в части расходов и методик планирования, на республиканском и местном уровнях. Так, несмотря на то, что Казахстан является унитарным государством, размер тарифа за возмещение стоимости лечения больных существенно отличается в различных регионах, хотя утверждается единым приказом Министерства здравоохранения. К примеру,

Марат Каирленов,
директор ТОО «Улагат
консалтинг групп»



Сейчас в поликлиниках запись на прием производится только на месяц, соответственно, мы не видим всю потребность. Если сейчас сделать эту запись на несколько месяцев, то мы увидим реальные цифры. На основе чего необходимо будет корректировать национальный план развития здравоохранения. Например, в части строительства 20 гигантских стационаров на 10 тыс. койко-мест и триллионов тенге обязательств государства, при избытке площадей в отрасли, т.е. «закапывание» средств в землю. А направлять эти средства на повышение заработной плат в отрасли, в том числе на закупку медуслуг у частных игроков, чтобы сократить очереди в амбулаторно-поликлиническом звене, а значит сократить запущенные случаи, нагрузку и потребность в стационарах

Марат Мамаев,
CEO Health&Capital

В законодательстве нет критерия отнесения к медицинской помощи и его распределение между пакетами ГОБМП или ОСМС, но как показывают исследования международного проекта «Health Basket», в большинстве стран подобные пакеты формируются лоббизмом определенных сторон, а не рациональным анализом, в т.ч. финансовой эффективности

стоимость лечения онкологического больного в городе Нур-Султане почти 19 тысяч тенге, а в Костанайской и Акмолинской областях – 11,2 тысяч тенге. Больного психического центра пролечить в Актобе стоит 10 тысяч тенге, а в Западно-Казахстанской области – 15,5 тысяч тенге. Больного туберкулезом пролечить в Актобе стоит 239 тысяч, а в Павлодарской области – 335 тысяч тенге. Общее финансирование системы здравоохранения в регионах при пересчете на душу населения также вызывает вопросы. Если самые высокие цифры финансирования населения города Нур-Султана – 135 тысяч тенге на человека в год и города Алматы – 97 тысяч тенге

на человека в год, где расположена основная часть республиканских организаций, более-менее логичны, то отсутствие выравнивания финансирования здравоохранения других регионов вызывает вопросы.

В связи с этим г-н Елеуов обратился к минздраву с просьбой:

- раскрыть бюджет здравоохранения в разрезе регионов с детальной разбивкой по видам помощи и с обоснованиями выделяемых сумм;
- обсуждение и утверждение тарифов сделать прозрачным и коллегиальным процессом;
- обеспечить равное финансирование на душу населения вне зависимости от региона проживания гражданина.

Интересный аспект был поднят руководителем некоммерческой организации «INTEGRITY ASTANA», членом Общественного совета столицы Жанатом Нургалиевым. Он обратил внимание на то, что закупки лекарств «СК-Фармация» производятся согласно постановлению Правительства №1729 по правилам организации и проведения закупок лекарственных средств. Согласно, например, пункту 7 главы 2, единый дистрибьютор осуществляет закуп по 7 способам. «Из этих семи способов только 2 закупок он может осуществлять на веб-портале закупок. Не вправе, не должен, а может осуществлять. Пять способов остаются на бумажном носителе» - подчеркнул он. Идеальным решением г-н Нургалиев видит перенос закупок «СК-Фармация» в Закон «О государственных закупках», а программой минимум – доработать постановление Правительства №1729, чтобы в электронный формат перевести закупки «СК-Фармация».

Как отметил г-н Смайлов, Народная партия ведет работу по повышению прозрачности и эффективности использования бюджетных средств в закупке лекарств. «Сейчас, по протоколу, ожидается ответ

от минздрава. У «СК-Фармация» действительно, есть правила, которые позволяют в закрытом режиме работать и закупать лекарственные препараты даже в 10 и 20 раз дороже, чем можно было бы их купить. Поэтому он пригласил г-на Нургалиева присоединиться к этой работе» - сообщил депутат.

КЛЮЧИ К ОЧЕРЕДЯМ...

В своем выступлении к.э.н., директор ТОО «Улагат консалтинг групп» Марат Каирленов озвучил предложение о том, как замедлить уровень недоступности медслуг по ГОБМП / ОСМС: «Сейчас в поликлиниках запись на прием производится только на месяц, соответственно, мы не видим всю потребность. Если сейчас сделать эту запись на несколько месяцев, то мы увидим реальные цифры. На основе чего необходимо будет корректировать национальный план развития здравоохранения. Например, в части строительства 20 гигантских стационаров на 10 тыс. койко-мест и триллионов тенге обязательств государства, при избытке площадей в отрасли, т.е. «закапывание» средств в землю. А направлять эти средства на повышение заработных плат в отрасли, в том числе на закупку медслуг у частных игроков, чтобы сократить очереди в амбулаторно-поликлиническом звене, а значит сократить запущенные случаи, нагрузку и потребность в стационарах. О чем собственно и говорят многие эксперты».

Как отметил модератор совещания – г-н Смайлов, это важный вопрос потому, что «когда Правительство говорит, что у нас социальный бюджет, мягко говоря, оно лукавит, т.к. в эти 52% закладываются огромные стройки. Здесь, действительно, наверное, надо анализировать модель организации отрасли, насколько нужны такие площади, и по большому счету, наверное, стоит провести оценку эффективности ис-

Лейла Даирбаева,
представитель
некоммерческого
консорциума
«Медконструктор»



Если мы не будем к нему возвращаться, то получим, что многие службы в республике останутся и вместо того, что мы ожидали от внедрения ОСМС - улучшение доступности и повышение качества, получим полный крах системы. То есть пациент только «зашел» в медорганизацию и врачи уже должны знать его диагноз для того, чтобы определить ему пакет. Ошибки очень дорого наказываются Фондом. Возможно, этот вопрос решится проще, если мы поймем, что на сегодняшний день то, что должен был делать Фонд в своей внутренней операционной деятельности, переложено на врачей при поступлении пациента

пользования государственных активов в здравоохранении».

В заключительном слове г-н Шоранов попытался прокомментировать поступившие вопросы. Приведем лишь часть из них. Так он отметил, что МЗ РК стремится к открытости и, как аргумент, привел цифры по количеству брифингов на площадке Службы центральных коммуникаций (СЦК) -155, где второй показатель у Министерства труда и социальной защиты населения с 25 выступлениями. В части передачи администрирования средств Фонда медицинского страхования частным игрокам он отметил, что «в РФ, где действует аналогичная система, расходы на содержание таких страховых компаний составляют до 30% бюджета, в РК у ФСМС чуть более 1%. Разница ощутимая».

ТОЧКИ ДЛЯ «БУРЕНИЯ» ...

Подводя итоги председательствующий депутат Ерлан Смайлов отметил темы для последующих обсуждений:

- принципиальный вопрос обеспечения участия представителей гражданского общества, экспертного и медицинского сообщества в процессе принятия решений в вопросах развития отрасли. Он предложил писать ему через соцсети «...как нам организовать участие, через какие конкретные формы, механизмы и площадки, где должны быть те самые участники, какие должны быть рабочие группы, при формировании каких приказов и т.д.»;
- вопросы прозрачности и эффективности бюджетов отрасли;
- вопросы построения тарифной политики;
- вопросы статистического обеспечения, информационной работы министерства.

Сроки следующего совещания он предложил определить на сентябрь, а в течение летнего периода опре-

Голымжан Елеуов,
депутат Мажилиса



Несмотря на то, что Казахстан является унитарным государством, размер тарифа за возмещение стоимости лечения больных существенно отличается в различных регионах, хотя утверждается единым приказом Министерства здравоохранения

делить всем вместе тему «круглого стола». При этом отрабатывать ее уже в плоскости конкретных решений, чтобы формой завершения было именно включение рекомендаций в определенный план, приказ, и т.д. и находило отражение в конкретном пункте нормативных правовых актов. «В дальнейшем, на законодательном уровне мы готовы помогать» - заверил спикер. Он поблагодарил за участие МЗ РК, партнеров из инициативной гражданской группы «Здоровье для всех», экспертов и коллег депутатов.

В целом совещание получилось очень насыщенным, актуальным и интересным, закладывая основу к дальнейшим конструктивным обсуждениям и действенным решениям развития здравоохранения страны.

НАЦПРОЕКТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ДЕКЛАРИРУЕМ ОДНО, ДЕЛАЕМ ДРУГОЕ?



Текст: Марат Каирленов, к.э.н.

Рассматривая текущую версию нацпроекта в здравоохранении, представленный МЗ РК, можно отметить явное противоречие между декларируемыми целями в виде перестройки приоритетов с самой системы здравоохранения на пациента. При всё более усиливающемся дефиците узких специалистов и избытке площадей в отрасли и внедрении современных технологических трендов в оказании медслуг (телемедицина, сокращение сроков нахождения в больнице и т.д.) Минздрав продвигает строительство гигантских стационаров под эгидой Национального оператора в области здравоохранения (НООЗ), что будет «утягивать» средства на содержание инфраструктуры.

Представляя нацпроект представители МЗ РК отмечают, что он разработан на основе 4 программных документов:

- Государственная программа развития здравоохранения РК на 2020-2025 годы;
- Национальный план развития Республики Казахстан до 2025 года;
- Предвыборная программа партии Nur Otan «Путь перемен: достойную жизнь каждому!»;

- Национальные индикаторы Целей устойчивого развития до 2030 года (ЦУР).

Теоретически, национальные проекты должны отличаться четкими измеряемыми показателями, отражающими результаты работы менеджеров – распорядителей средств. И общая логика нацпроекта обозначена как переход на пациентоориентированное здравоохранение, когда упор ставится на поддержание инфраструктуры здравоохранения. Это вполне логично – не стены или оборудование лечат – лечат врачи и медработники, должным образом мотивированные, подготовленные и организованные. Разработчиками нацплана выделены 4 направления, по которым выделены 11 задач (см. таблицу 1). Однако далее начинается достаточно обычная для наших чиновников практика выбора очень «удобных» для себя показателей.

Так, например, в качестве результатов к 2025 г. по задаче «Обеспечение широкого охвата населения услугами здравоохранения» обозначены снижение:

- смертности от болезней системы кровообращения с 192,7 до 168 человек на 100 тыс. населения;
- уровня госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы с 26,3% до 19,8%;
- смертности от травм с 64,5 до 62,9 на 100 тыс. населения;
- уровень первичного выхода на инвалидность с 29 до 28,5 на 10 тыс. населения.

На первый взгляд, показатели достаточно логичны, однако если мы говорим о преемственности госпрограмм и собственно доступности медпомощи, то логичен показатель «наличных расходов населения» (out-of-pocket). Ведь именно этот показатель должно было снизить внедрение Обязательного социального медстрахования (ОСМС). Почему население вынуждено обращаться за платными медуслугами? Потому что по государственным пакетам (Гарантированному объему бесплатной медпомощи – ГОБМП и ОСМС) их не получить из-за очередей, и/или низкой квалификации медработников, или отсутствия специалистов в штате. Но в нацплане этого «слона» и не заметили... Однако это очень важный вопрос для населения и развития отрасли, по двум причинам:

- доходы населения очень сильно падают. Если в 2007 г., по официальным данным, расходы населения на продукты питания в РК составляли 36,2% от всех расходов, что в то время соответствовало уровню стран Центральной и Восточной Европы, то по итогам 2020 г. уже 54%, что соответствует уровню стран Африки Южнее Сахары. В этом году, учитывая рост инфляции, надо полагать, что данный показатель будет еще выше. Это означает, что у населения остаётся все меньше средств, в том числе и на платные медуслуги, а значит, будет рост запущенных форм болезней;
- В свою очередь, рост запущенных форм болезней означает рост давле-

1. Официальный сайт Бюро национальной статистики РК, раздел Расходы и доходы домашних хозяйств <https://stat.gov.kz/official/industry/64/statistic/5>

ния на стационарное лечение, что в разы дороже лечения в амбулаторно-поликлиническом звене.

Вот такой замкнутый круг получается или как в поговорке «скупой платит дважды». Поэтому вот такая недо-работка разработчиков, может очень дорого обойтись для нашей страны и нации.

Также большой вопрос со строительством 20 новых гигантских стационаров по проектам ГЧП. Их общая мощность, как было заявлено ранее, планируется в 10,4 тыс. койко-мест или половину от всех в стране. Управляться эти медучреждения будут одной организацией – НООЗ в лице ТОО «Turar Healthcare», что мягко говоря, сделает рынок, по сути, монопольным. При этом, очевидно, что такая монополия, чтобы сделать окупаемыми свои гигантские больницы на сотни койко-

мест, будет «продвигать» стационарные услуги в ущерб амбулаторно-поликлиническому звену и развитию частного сектора, т.е. противоречить целям нац-проекта!

В развитых странах отмечается уже несколько десятилетий тренд на небольшие госпитали, что логично, учитывая постоянное изменение численности и/или структуры населения, его расположения и развития технологий – начиная с телемедицины (для консультаций с узкими специалистами, консилиумов и т.д.) и заканчивая технологиями операций с меньшим стрессом для пациентов². Именно ставка на небольшие госпитали позволила странам Западной Европы преодолеть кризис очередей в медучреждениях (waiting list crisis) в 1990-е годы. Сейчас

² РАЗМЕР ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИЛИ СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ В ЭВОЛЮЦИИ БОЛЬНИЦ?, Н Бектембаев, УМ, №6 (35) ноябрь-декабрь 2020 г.

эти тренды будут усиливаться, учитывая развития роботизации (роботы-хирурги и др.) и автоматизации (системы поддержки принятия клинических решений – СППКР и др.) оказания мед-дуслуг, что позволяет всё больше развивать небольшие специализированные стационары. Но наше руководство минздрава соглашается «обвесить» отрасль на триллионы тенге на несколько десятков лет вопреки интересам цивилизованного развития отрасли.

В этой связи очевидно, что необходимо широкое и всестороннее обсуждение нацплана в обществе, и внесение в него серьезнейших поправок, даже за счет сокращения аппетитов отдельных «товарищей». Слепое потакание своим желаниям в распиле госбюджета в здравоохранении может очень дорого обойтись и для «товарищей», и для нации в целом.

Таблица 1. Направления, задачи и основные результаты национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»

НАПРАВЛЕНИЯ	ЗАДАЧИ	ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
Обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью;	Обеспечение широкого охвата населения услугами здравоохранения	- Увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан до 75 лет; - Увеличение объема финансирования здравоохранения из всех источников до 5% от ВВП; - Выделение 7000 квот на проведение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО); - Строительство в регионах 20 современных медицинских центров и 2 научно-инновационных многопрофильных клиник в городах Нур-Султан и Алматы; 100% обеспечение фельдшерско-акушерскими и медицинскими пунктами, а также врачебными амбулаториями в перспективных и опорных сельских населенных пунктах; - Увеличение средней заработной платы врачей в 2,5 раза к средней зарплате в экономике; - Доля лекарств и медизделий отечественного производства (в стоимостном выражении) – 50%; - Доведение численности граждан, занимающихся физической культурой и спортом до 45% от общего населения; - Национальный проект «Здоровая нация»; - Снижение экономического ущерба от основных заболеваний – 38,3 млрд. тенге; - Повышение удовлетворенности населения качеством мед.услуг до 80%; - Увеличение грантов на подготовку мед.работников.
	Сохранение здоровья беременных женщин, обеспечение безопасного родоразрешения и укрепление здоровья детей	
	Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения	
	Повышение эффективности финансирования медицинской помощи	
Формирование современной системы эпидемиологи-ческого прогнози-рования и реагирования;	Повышение статуса и кадрового потенциала санитарно-эпидемиологической службы	
	Совершенствование системы эпидемиологического надзора за вакциноуправляемыми, особоопасными и вновь возникающими инфекциями	
	Усиление потенциала лабораторий санитарно-эпидемиологической экспертизы	
Повышение обеспеченности доступными лекарственными средствами и медицинскими изделиями отечественно-го производства.	Наращивание научного и кадрового потенциала для фармацевтической и медицинской промышленности	
	Развитие отечественного производства лекарственных средств и медицинских изделий	
Увеличение доли населения, ведущих здоровый образ жизни, и развитие массового спорта.	Выбор людей в пользу здоровья	
	Создание для всех категорий и групп населения условий для занятий физической культурой и массовым спортом, в том числе повышение уровня обеспеченности населения объектами спорта	



Данный раздел интервью (часть 1 смотрите на странице 36), на наш взгляд, очень важен, поскольку отражает мнение г-жи Пивоваровой по системным вопросам развития отрасли. Причем не только её мнение, но и во многом, её единомышленников из группы «Медконструктор». Эта группа объединяет целую плеяду самых ярких предпринимателей в здравоохранении Казахстана, имеющих богатые знания отечественной практики и международного опыта, и стремление к цивилизованному развитию отрасли.

Текст: Гульнара Амренова

ЧАСТЬ 2.

КАК НЕ ДАТЬ «РАЗВАЛИТЬСЯ» ЗДРАВООХРАНЕНИЮ РК

Что помешало развитию дистанционных услуг?

Идея создания центра дистанционных консультаций зародилась у нас задолго до пандемии. Обусловлено это было тем, что у нас в стране жесточайший дефицит врачей узких специальностей. Кто-то говорит, что дефицита врачей как таковых у нас нет, но дефицит узких специалистов - однозначен. Достаточно сходить в поликлинику и попробовать записаться на приём к гематологу. Ожидать надо будет около месяца. Мы, придя в Караганду как частники, не смогли обеспечить жителей очными бесплатными приёмами врачей. У нас 12 врачей были целиком и полностью заняты в стационаре. В стационар поступают пациенты, из которых 99% с лейкозами и им необходимо делать химиотерапию. Почему у нас не хватает врачей? Потому что у нас врач не обслуживает 20 пациентов. Врач будет эффективен, когда он одновременно ведет не больше 7 больных, а если это тяжелобольные, то не более 2-3 пациентов. Также со средним персоналом. Мы не имели возможности просто взять и посадить врача на приём. Кроме того, мы были стеснены в помещениях. И тогда родилась идея организовать дистанционные консультации, так сказать из практики. Ведь, например, моё утро как врача-гематолога начинается всегда одинаково. Ряд моих пациентов (настоящих и прошлых, а еще родственники, знакомые и т.д.), с которыми зачастую у нас нет никаких взаимоотношений, платных или бесплатных, высылают мне на Whatsapp свои анализы, с просьбой их просмотреть.

А это и есть дистанционная консультация в чистом виде. И для их оказания можно привлечь докторов, которые находятся в декрете, на пенсии, в других регионах. Мы проработали все риски. Безусловно, врачи не очень любят дистанционные консультации, когда невозможно поговорить с пациентом «с глазу на глаз», пощупать больного, задать вопросы. Это очень тяжело. Но на первом фильтре можно отработать маршрут пациента, т.е. какие анализы сдать или инструментальное обследование пройти, чтобы у врача было больше необходимой информации для принятия решений и т.д.

Мы организовали такой консультационный центр ещё до пандемии. Не было нормативного регулирования. Никто, на уровне приказов, не говорил как правильно организовывать дистанционные консультации. Меня эта ситуация очень радовала, потому что когда у нас начинают писать какие-то правила потом невозможно ничего организовать. Мы работали по принципу юриспруденции «что не запрещено - то разрешено». Тариф составлял 1600 тенге как при очном, так и дистанционном обслуживании. Это очень низкий тариф. По итогам года дистанционный центр приносил 10-15 млн. тенге убытков. Из тарифа 1600 тенге невозможно было что-то выкроить на зарплату врача, потому что необходимо было содержать медицинские информационные системы, колл-центр, общие расходы, платить зарплату администраторам и т.д. На одного обратившегося дистанционно пациента работают три человека - врач, администратор и

служба поддержки. Надо в обязательном порядке содержать службу поддержки пациента, чтобы пациента научить, проверить связь, объяснить и т.д. Но, люди принимающие решения в области тарификации решили, что если услуга не оказывается в кабинете, то ставка в 530 тенге вполне рентабельна. Я не могу даже сопоставить такую ставку врача с какой-либо другой услугой. Например, в той же станции технического обслуживания простая диагностика автомобиля будет стоить гораздо дороже. В стране, в которой вот так оценивается труд врача, никогда не будет нормальной медицины. И не потому что медикам не хватает денег на еду, что тоже допустимо, а потому что их невозможно будет организовать в какое-нибудь предприятие, никто не придет их организовать.

Я провела собственные эксперименты, когда готовилась на площадку по дистанционным консультациям - попробовала записаться дистанционно в государственных поликлиниках столицы к гематологу. Это невозможно. На очный приём записалась, но с датой приёма через 2 месяца. Но зато можно дистанционно записаться на приём в частные поликлиники, предлагающие разные форматы. Другим вариантом выступает возможность получения нелегитимной помощи через социальные сети такие, как Инстаграмм. Это торговая площадка на сегодняшний день для любого вида услуг. И, к сожалению, врачи на этой площадке тоже продают свои услуги. Они не понимают, чем для них это может закончиться. По сути, это же безлицензионная деятельность.

Она будет работать до тех пор, пока что-нибудь не произойдет. Если кто-нибудь из пациентов пожалуется на их действия, то они могут очень сильно пострадать. У нас очень модно судить врачей. Это престижно для следователей и адвокатов. Это лёгкие дела. В Инстаграмме можно получить услугу за 4-5 тысяч тенге. За минуту, за час можно найти врача для консультации. Пациенты обращаются в Инстаграмм, потому что есть неудовлетворенный спрос и это удобно. Они не жалуются в МЗ РК, что их данные утекли куда-то в сеть и могут быть использованы не по назначению, но медуслуги долго ждать не могут.

В целом, как я проверила, можно спокойно записаться дистанционно на медицинские консультации в Корею, Германию, Израиль, Турцию и др. Все зарубежные клиники предлагают выбрать удобный для клиента вид связи. Вот он глобализированный, открытый мир. Как организатор здравоохранения я понимаю, что используя данные ресурсы можно было бы закрыть вопрос дефицита врачей узких специальностей в нашей стране. Можно просто разместить заказ в какой-либо клинике, чтобы люди могли получать медуслуги по цивилизованным и безопасным условиям. Но нет. В нашей стране формируются правила, согласно которым дистанционную консультацию можно организовать только при использовании специализированных МИС-ов, прошедших сертификацию в РК. Услуга сертификации стоит порядка 8 млн. тенге. Кроме того, как минимум, пациент должен обладать навыками использования этих систем. И я, глядя на своих родителей думаю, что дистанционное обслуживание для них не подходит.

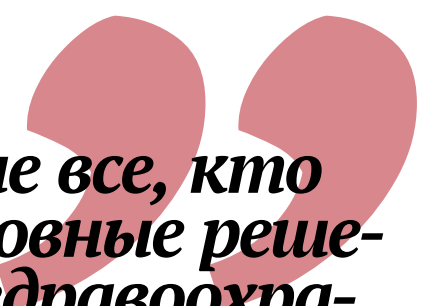
ЭЦП или пароли?

Каждая услуга в стационаре, поликлинике должна быть подписана электронно-цифровой подписью (ЭЦП – прим. ред.). Это какой-то фетиш вокруг ЭЦП. Но тогда надо делать следующий шаг. Например, у меня

есть ЭЦП как руководителя, ЭЦП физического лица, но тогда у меня должна быть ЭЦП как врача. Система должна распознавать меня как врача. Когда нормативно-правовая база нам говорит о том, что надо подписать ЭЦП, то тогда необходимо ЭЦП завести каждому врачу. Пользование ЭЦП — это набор определенных действий, который понятен не каждому врачу, особенно возрастной группе, а тем более, когда работа с ЭЦП усугубляется «зависанием» информационных систем. Должен быть интуитивно понятный, дружелюбный и понятный всем интерфейс, как например, при пользовании финансовыми услугами. Например, при пользовании интернет-банкингом достаточно ввода логина и пароля и нет необходимости использования ЭЦП. Поэтому, как мне кажется, не надо вводить обязательную подпись ЭЦП для медуслуг, так как медработники будут отказываться работать в трудных для них условиях и предпочтут, например, Инстаграмм, как они это делают сейчас.

Вообще в этом приказе МЗ РК очень много не проработанных моментов. Например, врач, консультируя больного, должен передавать его сведения в электронный паспорт здоровья, лично подписать и т.д. Ну не врачи передают сведения. Для этого предусмотрены должности администраторов, немедицинских работников, о существовании которых часто забывают, когда пишут и формируют правила и порядки.

Цена консультации врача, в очной она или дистанционной форме должна соответствовать по крайней мере заработной плате специалиста в нынешних условиях. Я посчитала, чтобы исполнить обещание МЗ РК платить врачам 574 тыс. тенге в месяц, тариф на услуги дистанционного консультирования для врачей-гематологов должен составлять 2,5-3 тысячи тенге по ГОБМП. При очном приёме ставка должна быть в этих же пределах. Тогда она будет коррелировать с рыночной и позволит содержать штат. В целом, я могу сейчас рассказывать



Думаю далеко не все, кто принимает основные решения в области здравоохранения, до конца понимают потенциал и значение телемедицины. Внедрение только одной фишки «дистанционные консультации» несет в себе мощнейшие позитивные изменения в здравоохранении страны.

почему в Казахстане нельзя вводить дистанционную консультацию после введения новых приказов, регламентирующих их оказание. Нарушать правила нельзя, так как это неизбежно послужит орудием наказания у ретивых «добросовестных» проверяющих. Если тебя нужно наказать, то эксперты могут воспользоваться фактом неисполнения приказов, даже если исполнить это невозможно.

Телемедицина или «от стационаров к амбулаториям»!

Думаю далеко не все, кто принимает основные решения в области здравоохранения, до конца понимают потенциал и значение телемедицины. Внедрение только одной фишки «дистанционные консультации» несет в себе мощнейшие позитивные изменения в здравоохранении страны. Во-первых, использование дистанционных консультаций не просто снизит дефицит врачей. В умелых руках это может полностью поменять всё здравоохранение. Врач, который работает на одном поле с человеком более высокой квалификации, развивается сам. Можно огромные деньги вкладывать в образование, а можно просто сделать конкурентный рынок. Большая часть врачей у нас некомпетентна, и это проблема не только здравоохранения. У нас в любой отрасли очень много некомпетентных, недобросовестных, безответственных специалистов. Но это происходит из-за того, что нет конкуренции. Если будет конкуренция люди будут наращивать свои навыки. Это произойдет естественным образом. В случае с дистанционными медуслугами, когда ты работаешь в паре со специалистами из так называемого «дальнего» зарубежья или с российскими, белорусскими коллегами, ты непременно вырастаешь как специалист или не будешь работать.

Во-вторых, чем меньше предоставляется амбулаторных услуг, чем меньше их доступность для населения, тем больше нагрузки на стационары. Врачи ПМСП начинают на-

Чем меньше предоставляется амбулаторных услуг, чем меньше их доступность для населения, тем больше нагрузки на стационары. Врачи ПМСП начинают направлять больных в приёмные покои, обслуживание в которых в разы дороже, чем в ПМСП. Получается, что приёмные покои «съедают» необходимые ресурсы в виде ставок врачей из ПМСП.

правлять больных в приёмные покои, обслуживание в которых в разы дороже, чем в ПМСП. Получается, что приёмные покои «съедают» необходимые ресурсы в виде ставок врачей из ПМСП. Отделения стационаров становятся перегруженными. Вообще в мире активно используются дневные стационары, которые забирают 60% объема услуг круглосуточных стационаров. Это очень удобно для пациентов, чтобы приехать, провести обследование, получить процедуры, препараты и уехать домой. Это снижает внутрибольничную инфекцию. Это звено, которое тянет за собой изменения во всех структурах. Если дистанционные узкие специальности будут работать и «насытят» консультациями врачей ПМСП, то это отсрочка осложнений и необходимости в госпитализации. Например, у

нас в Казахстане очень много пациентов обследуются в стационаре для постановки диагноза. Обследование в условиях стационара и амбулаторно это совершенно разные затраты. Когда мне говорят, что у нас в ГОБМП нет денег, бюджет не резиновый и т.д., я говорю, что вы платите в два раза больше благодаря этому порочному кругу. Амбулаторные услуги недоступны, потому что там низкие, никому не интересные, плохие тарифы и если не будет ещё дистанционных консультаций, то пациенты «хлынут» в стационары.

Стационары должны работать на острую помощь, на операции, на большую химиотерапию, где будут большие осложнения. Но, к сожалению, у нас нет комплексного видения стратегии развития, кусками мы пытаемся что-то сделать. Органам,

принимаящим решения кажется, что идет перерасход средств и они начинают придумывать барьеры, привязки, коды и т.д. К сожалению, большинство реформ здравоохранения выполняются руками врачей. Именно поэтому врач должен знать много параметров, которые напрямую к медицине не относятся: привязку кодов к пакетам, услугам, объем финансирования в каждом пакете. При этом разрывается непрерывность клинического процесса. Когда пациент поступает - он в одном пакете, следующий шаг лечения - в другом пакете, последующий шаг - в другом пакете. Если в каком-то кармане нет денег, ты не можешь вести пациента по этому пути. Жизнь она другая. Врач пытается всегда придумать как обойти ограничения, чтобы процесс помощи остался непрерывным. Поэтому, когда на пути возникают барьеры, система «огибает» их. Это закон природы: если на дороге камень, вода его обтечет. Врачи тоже находят возможности обойти барьеры. Например, я часто сталкиваюсь при анализе статистики, что исчезают целые группы диагнозов, при этом появляются другие. Скорее всего это связано именно с тем, что код диагноза подбирается к возможности – наличию бюджета в пакете. А должна быть чистота данных. Врачи и пациенты при изменении диагноза выступают таким образом против системы, но тогда наша статистика по заболеваниям становится вообще «никакой». На неправильной статистике формируются в дальнейшем неправильные прогнозы. Эту ситуацию надо кардинально, срочно менять.

Что делать, чтобы не утонуть медицине РК или 3 системных вопроса

На мой взгляд, и не только на мой - у нас есть группа «Медконструктор», куда вошли неравнодушные люди – специалисты из здравоохранения, которым не всё равно, что происходит в стране - мы все считаем, что нам нужна в первую очередь рабочая группа на уровне Правительства.

У нас есть группа «Медконструктор», куда вошли неравнодушные люди – специалисты из здравоохранения, которым не всё равно, что происходит в стране – мы все считаем, что нам нужна в первую очередь рабочая группа на уровне Правительства.

ства. Я не обвиняю МЗ РК и вообще против обвинения кого-либо. Просто я считаю, что ракурс зрения на развитие здравоохранения выбран неправильно. Кроме того необходимо задействовать все ресурсы страны, которые прямо или косвенно могут помешать внедрить рациональные пути выхода из кризиса. Например, в группу обязательно должны войти представители Министерства экономики. При расчете тарифов, как выяснилось, менеджеры опираются на постановление, которое регламентирует минимальную зарплату медицинских работников. Отсюда и тарифы – 531 тенге за консультацию, 100-200 тенге за операцию. Не принимаются во внимание рыночные механизмы, формирующие оплату труда. Или, скажем, при формировании логичных клинических правил и порядков, зачастую мы сталкиваемся с тем, что Министерство юстиции попросту не пропускает необходимые рациональные медикам нормы. Нужно посмотреть с другой стороны и вы-

йти из этой ситуации. Надо создать межведомственную рабочую группу, в которую вошли бы финансовые и бизнес-аналитики, в том числе умеющие работать с большими данными (data scientist), программисты, представители МЗ РК, МФ РК, МНЭ МЮ РК и др. и энтузиасты здравоохранения, и взглянуть на развитие отрасли по-другому.

Эта комиссия в первую очередь должна отработать наиболее горячие, острые точки, которые сейчас приводят к разрушению системы здравоохранения. Полагаю, что начать нужно работу со следующего:

- объединения пакетов ОСМС и ГОБМП для поставщиков;
- пересмотреть те тарифы, которые оценивают труд врача;
- ввести мораторий на избрание меры пресечения в виде ограничения свободы по делам врачей.

Поясню по порядку. Прежде всего, необходимо объединить пакеты ОСМС и ГОБМП для поставщиков,

т.е. медорганизации должны оказывать медуслуги для пациентов, а уже на уровне ФСМС производить разделение за счет каких источников эти услуги оплачивать – это госбюджет, выплаты работодателей, при правильном менеджменте это могут быть и деньги добровольного медицинского страхования (ДМС), чтобы ФСМС закупал услуги у медорганизаций или лекарства у поставщиков и т.д.

В ФСМС необходимо изменить парадигму разделения пакетов ОСМС и ГОБМП. В любом случае разделение пакетов и определение источника финансирования необходимо свести к операционному менеджменту ФСМС, а не к процессам взаимодействия медорганизация – ФСМС. Для клиники должен быть один договор, в рамках которого он может перемещать ресурсы.

У меня, как руководителя медорганизации, сейчас 7 договоров, хотя мы лечим только гематологических больных: ГОБМП на онкогематологию, ОСМС на онкогематологию, ГОБМП на не онкогематологию / дневной стационар / круглосуточный стационар, приемный покой, ОСМС на не онкогематологию / круглосуточный семинар / дневной стационар. Поэтому наши врачи, администраторы и руководители, когда формируют потоки пациентов, должны помнить сколько денег в каждом пакете. И при этом пакеты нельзя менять — это разные карманы. Это не просто нам не удобно, это снижает доступность услуг для пациентов. В. М Кемайкин приводил такой пример. Больной в рамках ОСМС поступает в клинику. Мы готовим его к операции, он плановый. Когда пациент поступил выясняется, что у него рецидив лейкоза. Ему нельзя проводить трансплантацию. Эта история не оплатится ФСМС, потому что она должна закончиться трансплантацией (ВТМУ). Больного нужно перевести на ГОБМП. Врач не может перевести, потому что пакет определяется на входе. Вот такие препоны. Чтобы их исключить, надо продумывать улучшение операцион-

ного менеджмента ФСМС. Безусловно, они должны распределять финансовые потоки. Врачи должны забыть про существование пакетов, лотов, кодов, программ. Они должны просто в чистоте своих данных работать и делать то, что нужно пациенту. За этим нужно наблюдать и подстраивать систему под врача, а не против него и пациента.

Тарифы для врачей

Второе направление состоит в пересмотре тарифов, которые оценивают труд врача. Это консультации, дистанционные консультации и составляющая в других тарифах на медуслуги, которые приходится на врачей. Не должна ставка хирурга за операцию составлять в тарифе 120-200 тенге. Надо проработать как оценивать труд врача. У нас понимают расходы на квадратные метры, изделия медицинского назначения, а интеллектуальный труд врача недооценён. Если так пойдет дальше мы

потеряем огромное количество врачей. Министерство здравоохранения должно заинтересоваться статистикой по убывающим из Казахстана. Сейчас много врачей уезжают в Турцию, Россию, Европу, США и т.д. Сейчас ведь достаточно легко подтвердить наш диплом в Европе. Только за эти 2 ковидных года из моего окружения уехали 10 прекрасных англоговорящих врачей. В нашем центре сейчас трое врачей планируют уехать в Европу. Поэтому нужно понимать, почему это происходит, и с чем мы столкнёмся завтра, если сейчас на уровне Правительства не примем адекватные меры.

В том числе необходимо установить мораторий на избрание меры пресечения в виде ограничения свободы в рамках уголовных дел, возбужденных против врачей. Врач может быть виновен и может даже совершить непреднамеренно преступление. Пусть с этим разбираются следственные органы. Безусловно, этот вопрос надо



Врачи должны забыть про существование пакетов, лотов, кодов, программ. Они должны просто в чистоте своих данных работать и делать то, что нужно пациенту. За этим нужно наблюдать и подстраивать систему под врача, а не против него и пациента.

рассматривать отдельно. Но когда приезжают и увозят врача в наручниках, процент того, что он вернется и будет работать дальше очень мизерный или практически нулевой. Мы уже все устали от этого. В каждом регионе эти дела не подвергаются большой огласке, но, поверьте, они есть. Врачи не маньяки, они не ездят пьяными за рулем и не убивают людей. Это производственные ошибки, которые требуют рассмотрения. Поэтому, по крайней мере до вынесения вердикта, врач может и должен оставаться на свободе.

Если эта группа решит эти три вопроса, этого достаточно?

Вообще эта межведомственная рабочая группа должна затем развиваться (к примеру, на базе Республиканского центра развития здравоохранения – РЦРЗ) в хороший экспертный институт или отдельное экспертное агентство, независимое от МЗ РК и ФСМС, которое будет на системном уровне прорабатывать прогнозы, планы развития отрасли, требования к IT-инфраструктуре и т.д.

Я такой институт видела в Финляндии в 2010 году. Там сидят математики, аналитики и там нет врачей. К примеру, эти специалисты спрогнозировали, что в случае принятия определенного политического решения (ослабления миграционной политики) в Финляндию приедет много мигрантов и они изучили их портреты. Высчитали, что это будут женщины с высоким репродуктивным индексом и сразу запланировали внедрение роддомов, детских больниц, кабинетов и т.д. Они представляют МЗ по несколько моделей, в зависимости от политических решений. МЗ там ничего не изобретает, не пишет какие-то правила, потому что это не его уровень. Уровень МЗ – принятие политических решений, взаимодействие с регионами.

Разрабатывают правила, процедуры, различные интеллектуальные документы эксперты из этого института. Когда им необходимо они на-

**Когда медик
начинает
писать
какой-то
приказ,
формировать
какой-то
расчет или,
не дай бог,
он начинает
лезть в IT-
систему
– тогда
наступает
настоящий
коллапс**

нимают дополнительных клинических экспертов. Медиков там просто интервьюируют, смотрят за ними, наблюдают и выстраивают оптимальные бизнес-процессы, что очень правильно. Ведь когда медик начинает писать какой-то приказ, формировать какой-то расчет или, не дай бог, он начинает лезть в IT-систему – тогда наступает настоящий коллапс. У нас (врачей – прим. ред.) мышление абсолютно другое, не говоря уже о знаниях технологий в строительстве, менеджменте бизнес-процессов и т.д.

Знаете, что произойдет если медик начнет проектировать больницы?

Для нас эти вопросы очень актуальны. Например, разработка методики планирования медицинской помощи, основанной на потребности по каждому профилю болезней. Сколько будет стоить вся гематология в стране и сколько это будет стоить через те же 5 лет, если будут внедряться новые технологии. Более того, мы, гематологи, определяем заказ в некоторые хирургические специальности. Мы, терапевты, направляем пациентов хирургам на операции. Методология должна учитывать заболеваемость для того, чтобы определять нагрузку хирургических профилей. Это сложная тема. Я могу о ней говорить очень много.

Этот институт должен заниматься выстраиванием оптимальной структуры и снятием ненужных барьеров, которые прописаны в приказах. Например, есть заболевания, которые можно лечить только на сельском уровне, просто потому что они считаются легкими для жителей села. Это может быть тот же аппендицит. Но если сельчанин живет рядом с областным центром и ему ближе добраться в город, чем в районную поликлинику, запрет всё равно действует. Зачем эти барьеры, препоны? Проблема в том, что планирование идет по деньгам, а не по потребности.

Или такой пример. Есть мнение или идея (пока ещё насколько я знаю эти привязки не вошли в силу) привязать коды заболеваний к кодам операций. При каких-то кодах заболеваний людям нечего делать в стационарах, только оперировать. Но это должно прийти естественным путем, а не насильственными приказами сверху вниз. Например, считается, что при холецистите пациент может лечь в стационар только для того, чтобы желчный пузырь удалили. Это так кажется людям, которые изобретают привязки, потому что они сидят в кабинетах. На деле получается так, что пациент поступает с диагнозом холецистит, но выяснится, что у него сла-

бое сердце или опухоль. И вот здесь самое интересное. Эту историю болезни никто не оплатит, потому что она же должна закончиться операцией. А если эта привязка не работает, значит это дефект. Можно изобретать огромное количество связок. Это неплохо, но их надо отыгрывать как потенциальные дефекты, передавая экспертам, а не бить деньгами по рукам поставщикам. Когда вы бьёте деньгами вот таким образом, тогда система начинает ухудшаться, она начинает перестраиваться, подстраиваться, изменяется чистота данных, а значит не будет никакого правильного планирования, никакой правильной экспертизы.

Или другой аспект, использование компьютеров врачами. Нужно, чтобы врач ПМСП работал со своим пациентом, не имея компьютера, а лишь планшетом. Да, компьютер, если его использовать умно может быть поддержкой для системы принятия решений, но тогда, когда данные туда поступают и ты обрабатываешь эти данные на уровне искусственного интеллекта. Но когда ты взял форму бумажных отчетов в том виде в котором они есть и перенес в компьютер, то компьютер тебе уже не помощник, а машинка для вбивания данных. При цифровизации не должно существовать понятие «форма», должен быть набор данных и то не всех. Данные

не должны заполняться врачами. Что туда пишет врач? Фамилию, имя, отчество больного?! Для чего? Пациент же прошел идентификацию в регистратуре. Пишет жалобы пациента? Но врач может голосовым путем внести эти жалобы. Анамнез во всем мире уже собирается не врачом, а пациентом или помощниками врачей. Пациент сам, ожидая приём, заполняет опросник, который ему выдала регистратура. И тогда компьютер врачу не нужен.

Во время учебы я проходила практику на западе. Там врач работает на своем рабочем месте в ординаторской, он открывает в компьютере историю болезни пациента, делает себе какие-то пометки и идет в смотровые комнаты к пациентам. Пациенты там не сидят и не ждут за дверью, а находятся в смотровых комнатах. Врач идет к ним, переходя из одного кабинета в другой. Они общаются без компьютеров. Рядом стоит помощник или медсестра, которая слова больного не транслирует в компьютер. Все параметры пациента - давление, температура и т.д. - попадают туда автоматически. После осмотра, если врачу нужно внести какие-то данные к анамнезу в компьютер он это делает голосовым сообщением. Таким образом создается эпикриз. Это всё возможно сделать и у нас. Нужно перестать использовать формы, которых у нас бесконечно много. Например, у нас для того, чтобы направить даже на ПЦР-тесты существует форма типа бланка, где нужно заполнить 17 полей и это делает врач. Для чего? Да потому что они определены приказами МЗ. В итоге, врачи большую часть времени занимаются не лечением пациентов, а «вбиванием» статистической отчетности по несколько раз. Согласитесь, не самый лучший вариант. В целом, вот такое видение направлений развития отрасли и, надеюсь, мы сможем все вместе его вовремя сбалансировать.



**Данные не должны
заполняться врачами.
Что туда пишет
врач? Фамилию, имя,
отчество больного?!
Для чего? Пациент же
прошел идентификацию
в регистратуре. Пишет
жалобы пациента? Но
врач может голосовым
путем внести эти
жалобы. Анамнез во всем
мире уже собирается не
врачом, а пациентом или
помощниками врачей.**

Спасибо за интервью!

РЕЙТИНГ УПРАВЛЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В МЕДИЦИНЕ КАЗАХСТАНА: 2021

Текст: Ниязбек Бектембаев



Развитие частного сектора несёт для нашей системы здравоохранения решение целого ряда системных проблем: повышение эффективности менеджмента, качества медуслуг и т.д. Очевидно, что именно частный сектор традиционно выступает передовиком внедрения инноваций в отрасль и повышения ее эффективности. Вместе с тем, ситуация с развитием частного здравоохранения в регионах нашей страны очень разная. В этой связи представляем вашему вниманию рейтинг управлений здравоохранения по итогам 2020 года.

2020 год прошел под знаком внедрения обязательного социального медстрахования (ОСМС) и пандемии COVID-19, что достаточно негативно сказалось на развитии частного сектора. В целях оценки работы 17 областных управлений здравоохранения (УЗ) по развитию частного

Таблица 1. Доля частных медорганизаций, оказывающих ПСМП по количеству и суммам в разбивке по регионам и годам

Регион \ год	Количество			Сумма		
	2019 г.	2020 г.	разница	2019 г.	2020 г.	разница
Акмолинская область	34,4%	38,6%	4,2%	14,7%	35,7%	21,0%
Мангистауская область	35,0%	38,1%	3,1%	14,5%	24,6%	10,1%
г. Шымкент	48,3%	54,3%	6,0%	19,2%	25,7%	6,4%
ВКО	19,0%	25,0%	6,0%	25,5%	28,6%	3,2%
Актюбинская область	16,7%	25,0%	8,3%	10,5%	13,2%	2,7%
Жамбылская область	60,0%	62,2%	2,2%	17,4%	19,1%	1,7%
Карагандинская область	8,7%	12,5%	3,8%	29,0%	30,6%	1,6%
г. Нур-Султан	47,3%	46,6%	-0,7%	23,1%	24,1%	1,0%
ЗКО	27,3%	40,7%	13,5%	4,3%	5,1%	0,8%
Костанайская область	40,0%	42,6%	2,6%	8,7%	9,5%	0,8%
г. Алматы	34,4%	37,7%	3,3%	16,2%	16,9%	0,7%
Туркестанская область	5,9%	5,9%	0,0%	8,6%	9,1%	0,5%
Павлодарская область	40,0%	45,5%	5,5%	33,8%	34,1%	0,4%
Алматинская область	25,8%	37,1%	11,3%	4,6%	4,9%	0,4%
Кызылординская область	16,1%	16,1%	0,0%	14,7%	15,0%	0,3%
СКО	40,7%	40,7%	0,0%	4,6%	4,6%	0,0%
Атырауская область	29,4%	31,4%	2,0%	13,3%	10,7%	-2,6%

сектора, журнал Улагатты медицина составляет ежегодный рейтинг. За 2020 год анализ проведён по 7 объективным данным, которые сведены к 2 группам: доля рынка и инвестиции частного сектора. Полная методика представлена во врезке 1. Рассмотрим ключевые показатели рейтинга.

Доля рынка оценивается по трём группам показателей – изменение долей рынка частных поставщиков услуг в разрезе регионов по сегментам первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), гарантированного объема бесплатной медико-санитарной помощи / обязательного социального медстрахования (ГОБМП / ОСМС) и непосредственно рынка частных медуслуг.

ПМСП

ПМСП выступает одним из важнейших сегментов рынка медуслуг (порядка 1/3 рынка). Ситуацию на данном рынке мы рассматриваем сквозь призму 2 показателей: количество медорганизаций, оказывающих медуслуги ПМСП по регионам и прикрепленное население к ним. Лидером по доле частных медорганизаций, оказывающих ПМСП, стала Жамбылская область с показателем 62,2% (таблица 1). Однако нас интересует динамика именно в 2020 году, то есть проделанная работа администрацией УЗ того времени. Таким образом, в истёкшем периоде наибольший рост частного сектора показала ЗКО с динамикой от 27,3% в 2019 году до 40,7% в прошлом году или на 13,5% (процентных пункта), тем самым набрав максимальные 8,4 балла.

По росту доли частных медорганизаций, оказывающих ПМСП по суммам в тенге лидером стала Акмолинская область, где частные медорганизации в 2019 году обеспечили 14,7% объёма рынка услуг и резко подскочили до 35,7% в 2020 году, тем самым «заработав» 8,4 балла в рейтинге.

Таблица 2. Доля частных медорганизаций в объеме оплаты за медуслуги в рамках ГОБМП/ОСМС в разбивке по регионам в 2019-2020 годах

Регион\год	2019 г.	2020 г.	разница
г. Шымкент	14,7%	23,1%	8,4%
Мангистауская обл	11,8%	16,1%	4,3%
Карагандинская обл	20,4%	21,7%	1,3%
Павлодарская обл	13,5%	14,6%	1,1%
Атырауская обл	8,6%	8,8%	0,2%
Жамбылская обл	16,9%	16,8%	0,0%
Туркестанская обл	7,2%	7,1%	-0,1%
Алматинская обл	6,5%	6,4%	-0,2%
ВКО	18,0%	17,7%	-0,3%
Костанайская обл	7,8%	7,3%	-0,5%
Кызылординская обл	11,8%	11,3%	-0,6%
Актюбинская обл	22,4%	21,7%	-0,8%
СКО	5,5%	4,6%	-0,9%
ЗКО	7,3%	5,5%	-1,8%
Акмолинская обл	12,2%	10,4%	-1,8%
г. Алматы	30,9%	26,7%	-4,2%
г. Нур-Султан	43,6%	37,7%	-5,9%

Таблица 3. Доля оплаты за счет средств населения и предприятий по регионам и годам

Регион\год	2019 г.	2020 г.	разница
Атырауская обл	28,1%	29,8%	1,7%
СКО	11,3%	11,1%	-0,2%
ЗКО	17,1%	16,2%	-0,9%
г. Нур-Султан	37,7%	36,7%	-1,0%
Карагандинская обл	19,0%	17,2%	-1,9%
Кызылординская обл	9,0%	7,2%	-1,9%
Костанайская обл	16,5%	14,6%	-1,9%
Актюбинская обл	20,4%	18,5%	-1,9%
Алматинская обл	6,6%	4,6%	-1,9%
Жамбылская обл	9,9%	7,6%	-2,2%
Акмолинская обл	14,7%	12,1%	-2,6%
ВКО	17,3%	14,5%	-2,8%
г. Шымкент	17,2%	14,2%	-3,0%
Мангистауская обл	20,0%	17,0%	-3,0%
Туркестанская обл	10,8%	6,8%	-4,0%
г. Алматы	42,5%	38,0%	-4,6%
Павлодарская обл	18,4%	13,5%	-4,9%

Таблица 4. Данные по количеству и сумме (в млн. тенге) ГЧП проектов

Регион\год	количество			сумма		
	2019 г.	2020 г.	рост	2019 г.	2020 г.	рост
Алматинская область	5	8	3	7 496,7	13 807,9	6 311,3
Карагандинская область	32	39	7	4 598,9	8 405,4	3 806,6
Акмолинская область	4	6	2	3 532,9	5 639,2	2 106,3
Северо-Казахстанская область	1	3	2	550,4	2 120,6	1 570,1
г. Шымкент	5	6	1	14 681,1	15 119,0	437,9
Актюбинская область	4	7	3	10 604,4	10 897,5	293,1
Кызылординская область	22	23	1	6 551,8	6 675,3	123,5
Павлодарская область	18	18	-	11 750,8	11 750,8	-
Атырауская область	3	3	-	4 302,2	4 302,2	-
Жамбылская область	31	31	-	2 280,9	2 280,9	-
Западно-Казахстанская область	5	5	-	1 837,5	1 837,5	-
Туркестанская область	9	9	-	950,2	950,2	-
г. Нур-Султан	2	2	-	261,5	261,5	-
Костанайская область	9	9	-	146,1	146,1	-
Мангистауская область	1	1	-	44,0	44,0	-
Восточно-Казахстанская область	-	-	-	-	-	-
г. Алматы	-	-	-	-	-	-

Таблица 5. Динамика зарегистрированных юридических лиц по количеству и штату

Регион	количество МО, ед.		штат МО, человек		темп прироста по штату
	до 2020	*в 2020	до 2020	*в 2020	
г. Шымкент	455	60	5 116	691	13,5%
Туркестанская область	309	57	3 650	391	10,7%
Алматинская область	336	39	3 056	263	8,6%
Западно-Казахстанская область	136	7	3 437	258	7,5%
г. Алматы	1836	232	33 106	2 274	6,9%
г. Нур-Султан	945	153	19 744	1 102	5,6%
Северо-Казахстанская область	140	9	1 241	42	3,4%
Жамбылская область	227	30	4 789	145	3,0%
Кызылординская область	194	22	3 057	91	3,0%
Мангистауская область	223	37	4 663	126	2,7%
Костанайская область	190	17	3 195	66	2,1%
Карагандинская область	394	34	9 636	181	1,9%
Актюбинская область	254	32	5 421	96	1,8%
Восточно-Казахстанская область	415	22	4 653	76	1,6%
Павлодарская область	234	18	5 524	79	1,4%
Атырауская область	194	15	3 964	50	1,3%
Акмолинская область	217	12	3 244	36	1,1%
Итого	6699	796	117 496	5 967	5,0%

*новые в 2020 – зарегистрированные в 2020 МО (количество, штат)

ОСМС / ГОБМП

Сегмент ОСМС / ГОБМП, за минувшим ПМСП, составляет порядка 40% медрынка. Долю частников в объеме оплаты за медуслуги в рамках ГОБМП/ОСМС мы рассчитали на основе данных, предоставленных МЗ РК, по итогам которого была выявлена положительная динамика лишь в 5 регионах, среди которых и были распределены баллы. Регионам с отрицательной динамикой присвоено 0 баллов (таблица 2). Максимальные 16,6 баллов к своему рейтингу получил, отделившийся от ЮКО в 2018 году, г. Шымкент с ростом в 2020 году на 8,4%.

ЧАСТНЫЙ МЕДРЫНОК

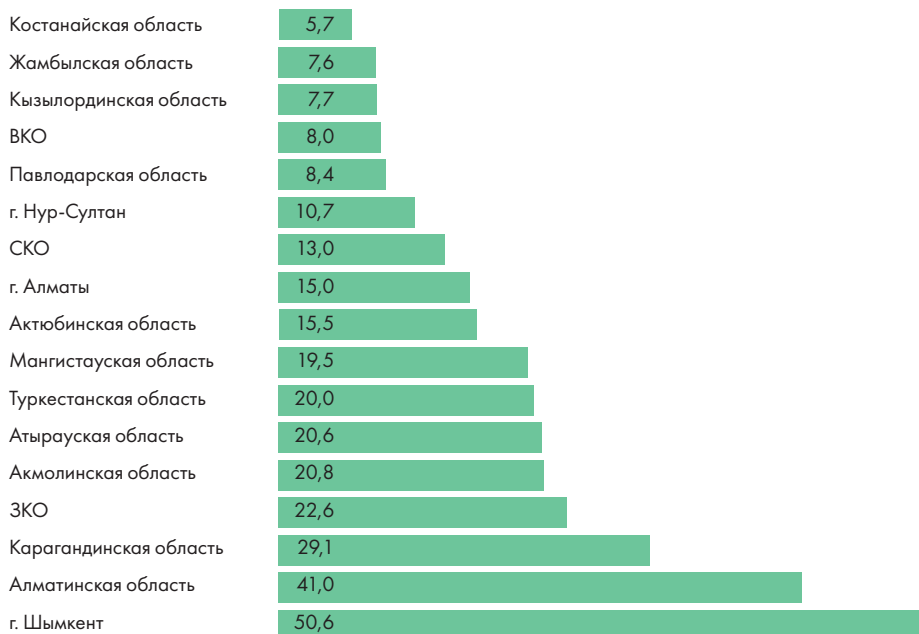
Еще одним расчетным индикатором в нашем рейтинге выступает частный сегмент медрынка в денежном выражении, а именно динамика доли оплаты за счет средств населения и предприятий в 2020 году. По данному показателю рост отмечен только в Атырауской области на

1,7% и получила присвоено 16,6 баллов, тогда как остальные регионы не получили ни одного балла (таблица 3). Сокращение данного показателя весьма логично, учитывая внедрение ОСМС в 2020 году.

В части оценки инвестиций частных игроков нами рассмотрены 2 группы показателей: развитие государственно-частного партнерства (ГЧП), динамика количества и штата частных медорганизаций. Дело в том, что данных по инвестициям частных медорганизаций по регионам не публикуется, и поэтому нами используются данные по количеству и штату частных медорганизаций.

ГЧП

Одним из эффективных критериев замера эффективности УЗ регионов по развитию частного сектора в здравоохранении является наличие проектов ГЧП и соответствующая динамика. В 2020 году в здравоохранении было 19 новых проектов ГЧП на общую сумму 14,7 млрд. тг. Положительную динамику показали лишь 7 регионов (таблица 4), из которых самое большое количество в Караган-

Рис. 1. Рейтинг УЗ-2020

динской области – 7 медорганизаций, что обеспечило уже второй год подряд первое место по количеству ГЧП проектов, а также максимальные баллы, выделенные на данный критерий (12,5 баллов). По УЗ с отрицательной динамикой и полным отсутствием ГЧП проектов по сегодняшний день баллы не присвоены (0 баллов).

По сумме ГЧП проектов в 2020 году первое место заняла Алматинская область – 6,3 млрд. тг, что обеспечило максимальные 12,5 баллов в этом разделе рейтинга (см. таб. 4).

ИНВЕСТИЦИИ

Согласно данным Комитета по статистике МНЭ РК до 2020 года всего было зарегистрировано 6 699 частных МО с оценочным штатом 117 496 человек, а в прошлом году добавились 796 со штатами в 5 967 человек (см. таблицу 5). Самый большой темп роста частных МО по численности штата продемонстрировали бывшие участники ЮКО - г. Шымкент с темпом роста 13,5% и Туркестанская область – 10,7%.

РЕЙТИНГ УЗ-2020

Лидером в поддержке частного сектора в 2020 году стало УЗ г. Шымкент, набравшее 50,6 баллов из 100 возможных. Такой успех основывается за счет лидерства в таких критериях, как инвестиции в здравоохранение и доля частных в объеме оплаты за медуслуги в рамках ГОБМП / ОСМС, принесшие в совокупности 41,6 баллов в нашем рейтинге.

На втором месте расположилась Алматинская область с отрывом в 9,6 балла от лидера. За счет его первенства по сумме ГЧП проектов и занятии топовых мест по остальным критериям регион набрал 41 балл, оттеснив своего ближайшего соперника - УЗ Карагандинской области с 29,1 баллами или на 11,1 баллов ниже показателей Алматинской области.

Самые низкие показатели по итогам 2020 года набрали УЗ таких регионов, как Костанайская, Жамбылская и Кызылординская области.

Таблица 6. Структура рейтинга УЗ 2020

Баллы	50			50			
Группа	ГЧП		Инвестиции / Штат	Медрынок	ПСМП		ГОБМП/ОСМС
Критерии	Количество новых ГЧП проектов	Сумма новых ГЧП проектов	Темп роста частных медорганизаций по штату	Доля частных МО в медрыноке в денежном выражении	Доля частных МО по количеству медорганизаций, оказывающих ПСМП	Доля частных МО, оказывающих ПСМП, по количеству прикрепленного населения	Доля частных МО по оплате за медуслуги в рамках ГОБМП/ОСМС
Баллы	12,5	12,5	25	16,6	8,4	8,4	16,6

ВРЕЗКА 1. МЕТОДИКА РЕЙТИНГА

Рейтинг состоит из 2 групп показателей по 50 баллов: инвестиции частных медорганизаций и их доля рынка (см. таблицу 6). При лидерстве УЗ по всем критериям оно может набрать максимум может составить 100 баллов.

Инвестиции частных медорганизаций оцениваются нами по 2 группам показателей - развитие ГЧП (замеряемое через количество и суммы проектов) и инвестиции частных медорганизаций (оцениваемые через рост количества сотрудников частных медорганизаций), а доля рынка по 3 группам показателей – доли рынка в таких сегментах как ПМСП, ОСМС / ГОБМП и частный медрынок.

Особенностью нынешнего рейтинга УЗ является то, что баллы в нём относительные. Например, УЗ Карагандинской области в 2020 г. открыла наибольшее количество ГЧП проектов – 7 новых организаций и ему присваивается 100% из выделенного на этот критерий - 20 баллов. Далее создаем пропорцию для остальных. Созданные новые 2 ГЧП проекта в СКО делим на 7 ГЧП проектов Карагандинской области, умножаем на 12,5 баллов и получаем 3,6 балла. И так по всем оставшимся критериям в рейтинге.

При расчете критериев за основу мы брали изменение самих показателей, которые демонстрируют работу УЗ в условиях текущей администрации. Иными словами, мы оцениваем работу УЗ только за 2020 год, не учитывая достигнутые значения по 7 критериям предыдущей администрации УЗ.

Данные по количеству и суммам ГЧП-проектов за 2020 год были взяты из интернет-ресурса АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства»¹, на основе которых были рассчитаны их рост в количестве и суммах в тенге.

Объем оплаты за медицинские услуги в рамках ГОБМП / ОСМС и доля частных медорганизаций по их количеству и объему в тенге, оказывающих услуги ПСМП, были

предоставлены Министерством здравоохранения РК, на основе чего и были рассчитаны доли частного сектора в 2020 году.

Частный медрынок в денежном выражении, т.е. оплачиваемый за счет населения и предприятий, был взят с сайта Комитета по статистике МНЭ РК.²

Последним, но немаловажным, критерием стал показатель темпа роста объемов инвестиций. Объем инвестиций в частный сектор здравоохранения демонстрирует активность инвесторов и состояние инвестиционной привлекательности отрасли в регионах в целом. На сайте Комитета по статистике МНЭ РК можно найти объем инвестиций в здравоохранение, однако разбивки по регионам и виду собственности нет. Альтернативой данному критерию нашей редакцией был выбран темп прироста новых частных МО в 2020 году по их штату в сотрудниках. Учтены все частные медорганизации, зарегистрированные с основным ОКЭД 86 (таблица 7).

¹ Официальный сайт АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства», <http://www.kzppp.kz/projects>.
² Официальный сайт Комитета по статистике МНЭ РК, <https://stat.gov.kz/official/industry/161/statistic/5>

Таблица 7. Перечень ОКЭД в базе зарегистрированных юридических лиц

ОКЭД	Наименование ОКЭД
86101	Деятельность больниц широкого профиля и специализированных больниц
86102	Деятельность родильных домов
86103	Деятельность санаторно-курортных организаций
86104	Деятельность лепрозориев
86109	Деятельность других лечебных учреждений, имеющих стационары
86210	Общая врачебная практика
86220	Специальная врачебная практика
86230	Стоматологическая деятельность
86900	Прочая деятельность в области здравоохранения



«ИДЕМ В ГЕНЕТИКУ...» ЕРЛАН СУЛЕЙМЕНОВ

Текст: Гульнара Амренова

Крупнейшая частная лабораторная сеть страны начинает активно развивать генетические исследования и тесты. Это несет в себе возможности существенного повышения качества диагностики и лечения в стране. В этой связи представляем вашему вниманию интервью с руководителем сети клинико-диагностических лабораторий «Олимп» Ерланом Сулейменовым.

Как сейчас развивается лабрынок?

Лабрынок получил мощный импульс в период COVID-19, что создало огромный спрос на услуги ПЦР-тестирования. Как следствие, в период пандемии открылось порядка 160 лабораторий для проведения ПЦР-исследований. Сейчас наблюдается некоторое падение спроса на данные услуги, что связано с вакцинацией и снижением ажиотажа. Кроме того, думаю этот рынок сильно изменится. В частности, мы внедрились экспресс-тест на антиген коронавируса. Внедрение качественных экспресс-тестов повлияет на рынок диагностики по COVID-19. На этом фоне открывшиеся лаборатории, ориентированные только на ПЦР-тесты, вынуждены будут либо закрываться, либо развиваться в полноценные лаборатории с различными тестами, сетью пунктов забора биоматериала (ПЗБ) и т.д.

В прошлом году отмечался рост доли крупных игроков на рынке лабораторных услуг. Какова ситуация сейчас?

Ситуация не однозначная, ведь появилось много новых ПЦР-лабораторий. Кроме того, часть крупных сетевых игроков, которые использовали технологию централизации лабораторных исследований, в условиях локдаунов оказались в сложном положении и были вынуждены сокращать объемы услуг. Например, российская компания, направлявшая основную массу биоматериалов в московские лаборатории, не смогла обеспечить весь объем услуг из-за ограничений передвижений между странами и регионами. Мы в этой ситуации не остановились, за исключением проведения редких тестов, так как у нас несколько иная бизнес-модель. Мы открываем лаборатории в каждом регионе, проводим базовые анализы на местах, централизацию допускаем только по редким видам тестов.

Как ситуация с преодолением монополий госсектора в лабораторной диагностике?

В разных сегментах она различна. Так, по тестам на ВИЧ, мы подали заявки на лицензирование во всех регионах страны. 4 лицензии мы уже получили. В остальных регионах под разными предложениями нам стали отказывать. Причины отказов порой настолько надуманны, что доходят до абсурда. В одном случае причиной отказа стало отсутствие подписи представителя руководства нашего филиала под актом проверки уполномоченного органа. Представитель в это время был на выезде по служебным делам, а когда вернулся в офис комиссия уже ретировалась. При этом такие факты не входят в перечень для отказа в выдаче лицензии. В Актобе согласно заключению по результатам профилактического контроля и надзора с посещением объекта было указано, что ВИЧ относится ко 2 группе патогенности. А в самом мотивированном отказе не указаны основания для отказа. Но они не учли нормы законодательства, что лаборатория может работать со 2 группой патогенности без накопления возбудителя, что мы и делаем. Поэтому мы подали жалобу на неправомерно принятое решение.

Получая лицензии на ВИЧ, мы сейчас можем претендовать только на оказание платных услуг, так как в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) монопольное право сохраняется за СПИД-центрами. Также частные медицинские лаборатории имеют потенциал оказывать данную услугу в рамках существующего тарифа по ГОВМП. Для этого необходимо внести изменения в действующее законодательство в части предоставления возможности частным медицинским лабораториям проводить диагностику на ВИЧ в рамках ГОВМП. При этом порядок финансирования может быть следующим: объемы исследований на ВИЧ могут быть переданы поликлиникам в виде подушевого финансирования, что позволит подключить к тестированию на ВИЧ частные медлаборатории в качестве соисполнителей.

В более конструктивном ключе развивается ситуация с проведением пренатального скрининга. Сегодня (1 июня – прим. ред.) была встреча с представителями рабочей группы по разработке обновленного стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи, в рамках которого предполагается провести некоторую либерализацию данного рынка, предоставив возможность участия в пренатальном скрининге всем компаниям, кто может выполнить его отдельные этапы. Здесь задача заключается в том, чтобы женщины имели повсеместный доступ к данному скринингу.

Мы показали участникам рабочей группы нашу действующую лабораторию. Все, конечно, были приятно удивлены, потому что до этого в ходе обсуждения наших предложений ощущалось определенное недоверие. Мы указали участникам группы по разработке нового стандарта на слабые места текущей системы. Например, то, что генетики проводят клинические разборы случаев отклонений без представителей лабораторной диагностики, что неправильно. Лаборатории должны тоже участвовать в клинических разборах, иметь доступ к информации по каждому такому случаю. Например, о случаях рождения детей с синдромом Дауна, чтобы понимать, где и что было пропущено, и впоследствии этого не допускать. Возможно, в данном скрининге неправильно заполнены анкеты, где-то пропустили данные по УЗИ и т.д. Всё это очень важные моменты, конечно, не от нас зависящие, а от медорганизации, которая к нам направляет. Соответственно, мы в рамках данного скрининга усилили бы позицию по работе с нашими партнерами, чтобы нам предоставляли максимальный объем информации, потому что это имеет важное значение.

Сейчас в Казахстане представлены две методики для оценки биохимических маркеров в рамках пренатального скрининга. Это методика компании Roche, которую используем

мы, и PerkinElmer совместно с Thermo Fisher Scientific, используемая сейчас перинатальными центрами. Обе эти методики одобрены к применению международным Фондом фетальной медицины (Fetal Medicine Foundation, FMF). Сейчас мы, используя методику Roche, делаем 7-8 тысяч исследований в год. При этом данный рынок в целом составляет порядка 425 тысяч исследований в год, это те скрининги, которые прошли по перинатальным центрам, где используется только один поставщик реагентов PerkinElmer и существует своеобразная монополия рынка. Понятно, что будет зарабатывать один игрок и при монопольном положении возможны различные перегибы, риски, давления, которые, естественно, повлияют на рынок. Например, мы готовы предоставлять услуги по пренатальному скринингу на 1300 тенге дешевле, таким образом, экономия для государства может составлять более 550 млн. тенге в год! И эта сумма будет нарастать по мере роста рождаемости в стране.

В целом, надеемся, что новый стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи позволит нам нормально работать и вывести пренатальную диагностику в стране на передовые позиции.

Вы отметили планы по внедрению высококачественных экспресс-тестов на Ковид, а какие еще тесты планируете внедрять?

Планов и внедрений много. Например, по экспресс-тестам можно отметить, что мы запустили тест по определению сразу 22 вирусов, в т.ч. и ковид. Ведь в человеческой среде одновременно циркулирует множество разновидностей вирусов, и не обязательно ковидных. В итоге имеют место клинические случаи, когда у ребенка были обнаружены одновременно три разных вируса, которым нужна различная терапия. Поэтому для принятия решений врачам очень удобны данные экспресс-тесты.

В стратегическом плане мы взяли курс на развитие генетических иссле-

дований. Для этого открываем новую лабораторию в Нур-Султане.

Генетические исследования выводят диагностику заболеваний на совершенно новый уровень. Они позволяют определить наследственную предрасположенность к тем или иным заболеваниям, подобрать более эффективную таргетную терапию при онкологии. Этим направлением можно заниматься бесконечно, возможности здесь очень широкие и я уверен, что внедрение нами данных исследований станет мощным фактором развития всей медицинской диагностики на новом уровне.

При этом мы не просто закупает тест-системы, мы идем в их разработку и производство. Вошли в состав акционеров нашего партнера – компании «ТестГен» и сейчас разрабатываем очень большую линейку диагностических тест-систем. Делаем так, чтобы максимальное количество различных видов тест-систем зашло на территорию РК, чтобы мы могли производить самые разные виды исследований. Разрабатываем отдельные направления для экспресс-тестирования таких социально-значимых болезней как туберкулез, ВИЧ, вирусных гепатитов В, С, Д и т.д.

Отдельные линейки тест-систем по методу секвенирования (NGS) будут у нас со временем. В этом направлении мы уже потихоньку работаем, создаем собственные реагенты для NGS. Это довольно большой пласт работы и довольно наукоемкий процесс. В целом мы начинаем производить реагенты и тесты на базе наноцентра Ульяновской области Российской Федерации. В России поддержка со стороны государства наукоемких стартапов, осуществляемая через сеть наноцентров, ощущается очень сильно. Они выполняют и продают очень много разработок, активно продвигают свои продукты на соответствующие рынки.

А развитие остальных направлений пока «на паузе»?

Нет. Мы ориентированы на всестороннее развитие. Например, в на-

стоящее время мы переходим к треновой системе, которая позволяет более быстрое и точное проведение исследований в автоматизированном режиме. На сегодняшний день мы с помощью автоматических сортиров сортируем пробирки и переносим вручную на анализаторы. Теперь эту работу будет делать сам конвейер, что позволит сократить время выполнения анализа на 30-40%. Это очень хороший показатель. Соответственно, это позволит наладить режим работы сотрудников лабораторий и выполнять анализы не до 12 часов ночи, а гораздо раньше.

По нашей программе 3 региона будут охвачены трек-системами – Атырау, Нур-Султан, Алматы, куда мы в ближайшее время поставим оборудование.

ПРОБЛЕМЫ РЫНКА

Как развивается ситуация по лицензированию деятельности ПЗБ?

В настоящее время в Министерстве здравоохранения обсуждаются изменения в стандарт организации проведения лабораторной диагностики, в том числе касающиеся деятельности ПЗБ. Дело в том, что до принятия стандарта ПЗБ лицензировались по подвиду «доврачебная помощь».

Вместе с тем согласно действующему стандарту ПЗБ отнесены к «лабораторной диагностике» и должны лицензироваться по этому подвиду медицинской деятельности, что не соответствует реальному положению дел, поскольку в ПЗБ не проводятся лабораторные исследования. Кроме того, в Законе «О разрешениях и уведомлениях» нет соответствующего подвида по лабораторной диагностике, который бы регламентировал деятельность по услугам забора и приема биоматериала. Также при принятии стандарта МЗ не был проведен анализ регуляторного воздействия (АРВ) и не предоставлены переходные положения в части уже стечения требований к деятельности

ПЗБ и отнесению их к лабораторной диагностике. Более того МЗ, отнеся ПЗБ к лабораторной диагностике, установило требования по наличию в ПЗБ врачей-лаборантов и лаборантов, а также оснащению ПЗБ лабораторным оборудованием. Выполнить это требование нереально, поскольку на рынке труда имеется серьезный дефицит специалистов данного профиля. Кроме того, нецелесообразно наличие лабораторного оборудования в ПЗБ, так как оно будет просто простаивать, поскольку в ПЗБ не проводятся лабораторные исследования, а только забор и прием биоматериала.

Таким образом принятием вышеуказанного стандарта МЗ создало барьеры для осуществления деятельности ПЗБ, тем самым бизнес понес значительные убытки в связи с невозможностью открытия и получения лицензии на ПЗБ по лабораторной диагностике по перечисленным причинам.

По данному вопросу бизнес-сообществом и профильными ассоциациями были направлены многочисленные жалобы в адрес контролирующих и надзорных органов. В связи с этим МЗ предоставил разъяснение о том, что до внесения изменения в стандарт деятельность ПЗБ осуществляется на основании уведомления СЭС.

Следует отметить, что у нас имеется практический опыт работы в этом бизнесе продолжительностью 14 лет. За это время на основе изучения международного опыта мы разработали свои внутренние стандарты для ПЗБ. Но МЗ, не учитывая опыт работы бизнеса в этом направлении, предусматривает для деятельности ПЗБ новые несвойственные требования. МЗ не берется во внимание тот факт, что в Казахстане осуществляют деятельность более 1000 ПЗБ частной формы собственности, которые работают по стандартам, принятым во всем мире.

Это очень плохой сигнал для инвесторов и предпринимателей в здравоохранении страны, когда законодательство меняется без проведения анализа регуляторного воздействия на рынок.

Что делать?

Должна быть введена персональная ответственность чиновника, курирующего конкретный сектор, за не проведение АРВ при принятии НПА и отсутствие переходных положений, а также принятые без проведения АРВ НПА не должны применяться. Если бизнесу нанесен колоссальный ущерб и он понес убытки из-за действий чиновника, тогда должна быть сформирована определенная практика, когда чиновник несёт административную и/или уголовную ответственность за свои подобные действия. Это общее «стратегическое» направление. Ведь, например, сейчас при обсуждении проектов НПА мы даем свои предложения через НПП «Атамекен», но, как правило, на выходе зачастую имеем тот же вариант, который был первоначально предложен как проект. Наши предложения госорганы просто не принимают. И никто не отвечает за то, что не учли, не дали мотивирован-

ных отказов за неприятие внесенных нами предложений. За это также надо привлекать к ответственности.

Как относиться к частой сменности руководителей областных управлений здравоохранения?

Кадровая чехарда в ранге первых руководителей очень сильно влияет на развитие здравоохранения. Прежде всего, полностью нарушается преемственность политики. Вместе с прежним руководителем уходит основная команда исполнителей, потому как командный принцип работы имеет место быть. А новый руководитель не успевает быстро вникнуть в проводимую политику, поставленные задачи и система начинает давать сбой.

Что еще мешает развитию здравоохранения в РК?

Вопросов достаточно много, отмечу самые ключевые на мой взгляд.

Должна быть введена персональная ответственность чиновника, курирующего конкретный сектор, за не проведение АРВ при принятии НПА и отсутствие переходных положений, а также принятые без проведения АРВ НПА не должны применяться. Если бизнесу нанесен колоссальный ущерб и он понес убытки из-за действий чиновника, тогда должна быть сформирована определенная практика, когда чиновник несёт административную и/или уголовную ответственность за свои подобные действия

Так, в Казахстане много позиций, где мы могли бы создать благоприятные условия для введения новых технологий и достаточно быстро. В Грузии и Узбекистане, например, если изделие медицинского назначения, лекарственные средства имеют европейскую или американскую, японскую либо любую другую страновую сертификацию, применяется короткий метод регистрации, который занимает до 2 месяцев. Это уже не 6 месяцев и не год, как в обычном режиме. Мы понимаем, что это обширная зона для коррупции, дополнительных доходов некоторых специалистов, которые сопровождают данный проект. Нужно готовить очень много сложных документов, дополнительно прикладывать определенный их перечень. Кроме того, Национальный центр экспертизы лекарственных средств ведет несколько агрессивную и вместе с тем стимулирующую политику, которая не даёт расслабляться. Если ты в течение короткого времени по поданным

документам не внесешь коррективы и изменения, то можешь вообще «вылететь» или вновь подать заявку, но через определенное время. Данная политика вызывает много вопросов.

Много вопросов по платным услугам. Многие поликлиники заставляют работать строго по бесплатным процедурам. Если ты в поликлинике предоставляешь гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, то ты не имеешь права здесь оказывать платные услуги. Это противоречит бизнесу, бизнес-модели.

Есть много вопросов по методике оплаты за клиничко-диагностические услуги. Они вне подушевого норматива финансирования и непонятно как считали при этом коэффициенты.

Реализация принципа «Деньги следуют за пациентом» тоже вызывает много вопросов. Развитый рынок услуг в отдельных отраслях медицины ещё не панацея. Право выбора пациентом медицинской организации не исключает риски приписок по количеству обслуженных клиентов субпо-

дрядчиками. Поэтому, к примеру, деятельность тех же стоматологических кабинетов, в которых конкуренция очень развита, тем не менее требует определенного урегулирования.

Дистанционные консультации в здравоохранении и обучение вызывают немало вопросов, так как много чего не прописано в НПА. Например, МЗ сейчас активно продвигает интересы ВУЗ-ов, которые имеют лицензию, и при этом существенно ограничиваются права отраслевых ассоциаций, которые раньше могли проводить обучение медицинских работников.

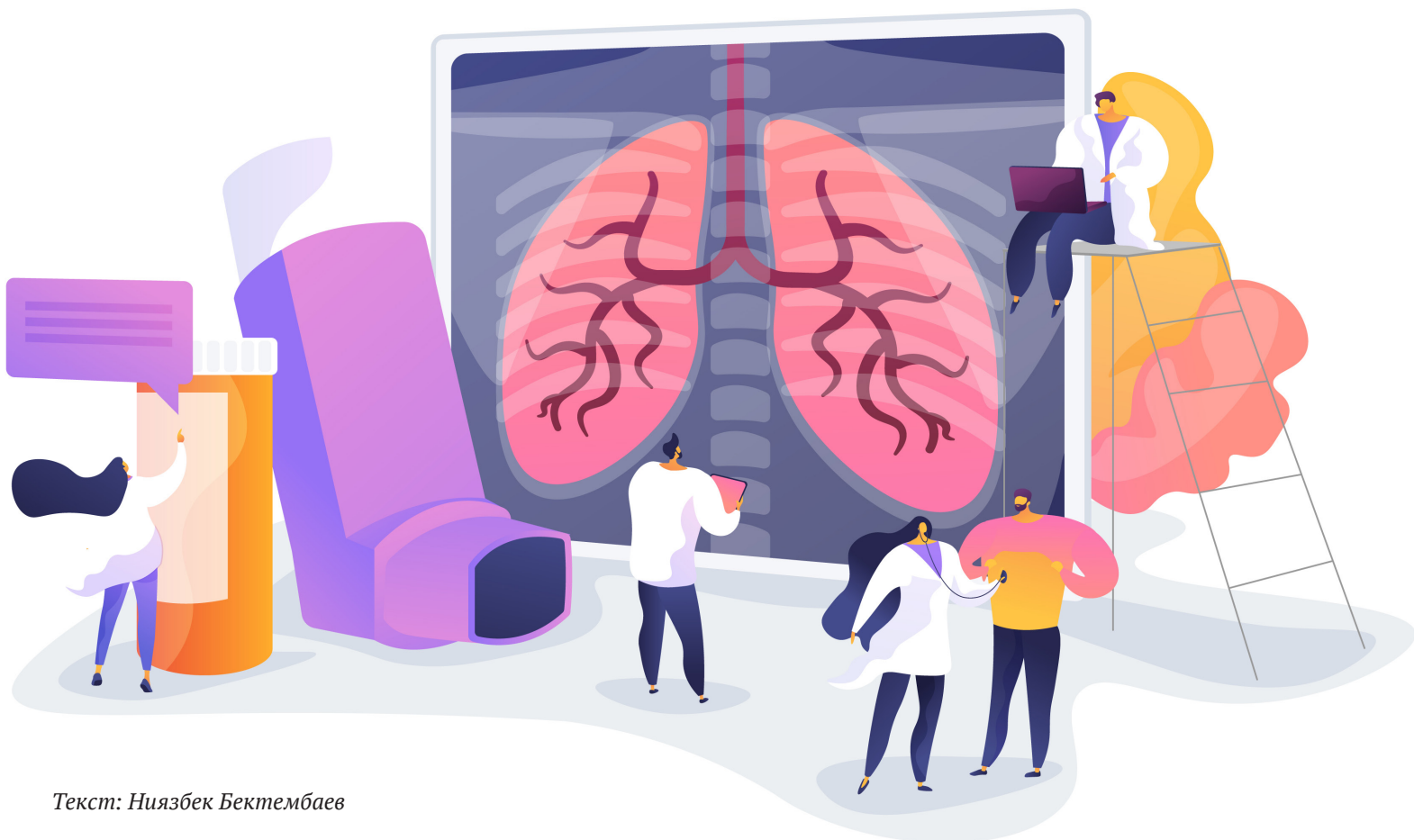
Сейчас на рынке медицинских услуг баланс государственного и частного секторов составляет 70/30. Возможно надо менять эти пропорции?

Глобальный вопрос – это передача в доверительное управление государственных медорганизаций с последующим выкупом поликлиник и стационаров, т.е. сделать их частными. Рынок сам сформирует всё, что ему необходимо. Предприниматели получают объемы и начнут вкладывать, инвестировать. Между игроками будет конкуренция – самый мощный стимулирующий фактор. В таких условиях система здравоохранения заработает. Например, мы сейчас «байгуем» с перинатальными и СПИД-центрами. Они начинают реагировать, стремятся вводить и соблюдать международные стандарты качества, получать аккредитацию, меняться и «расти». Это полезно всем. Здесь та же система. Государство будет просто заказчиком медуслуг. За пациентом будут бегать все. А чтобы он к тебе пришел ты должен будешь предоставить весь пакет услуг, услуги врачей всех специальностей, лекарства, качество и сервис, в т.ч. дистанционные услуги. Программа приватизации должна работать и надо отслеживать в каких регионах эта работа не ведется.

Мы сейчас «байгуем» с перинатальными и СПИД-центрами. Они начинают реагировать, стремятся вводить и соблюдать международные стандарты качества, получать аккредитацию, меняться и «расти». Это полезно всем. Здесь та же система. Государство будет просто заказчиком медуслуг. За пациентом будут бегать все. А чтобы он к тебе пришел ты должен будешь предоставить весь пакет услуг, услуги врачей всех специальностей, лекарства, качество и сервис, в т.ч. дистанционные услуги

Спасибо за интервью!

ГОРОДСКАЯ МЕДИЦИНА



Текст: Ниязбек Бектембаев

Урбанизация населения планеты влечет ряд преимуществ и недостатков. В этой статье кратко рассмотрим его влияние на здравоохранение выделяемые зарубежными экспертами¹.

Одним из общемировых трендов выступает рост доли населения в городах – урбанизация. Согласно прогнозам Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам ожидается, что доля населения в городах вырастет до 87% к 2050 году. Причинами называют то, что в горо-

дах есть высокооплачиваемая работа, общественный транспорт, множество развлечений и еды, высшее образование и здравоохранение и высоко квалифицированные специалисты. В добавок к этому, по мнению экспертов, по мере старения населения возникает не только желание, но и необходимость находиться в непосредственной близости от людей и ресурсов.

В добавок, инновации, новые механизмы и автоматизация в сельскохозяйственном секторе сокращает количество работников, необходимых для поддержания сельскохозяйствен-

ного производства в сельских районах, что непосредственно уменьшает количество клиентов для действующего там бизнеса.

Такая тенденция наблюдается во всем мире, и наша страна не исключение. По причине миграции жителей в большие города внутри страны или вовсе в зарубежные страны, сокращаются число сёл, а малые города лишаются статуса города². Фактор урбанизации безусловно оказывает большое влияние на систему здравоохранения.

¹ Top healthcare changes associated with urban growth, K Appold, 2.01.2019 г., сайт журнала Managed Healthcare Executive, <https://www.managedhealthcareexecutive.com/business-strategy/top-healthcare-changes-associated-urban-growth>

² «Статус каких 13 городов могут изменить в Казахстане», 04.12.20 г., https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/status-kakih-13-gorodov-mogut-izmenit-v-kazahstane-422105/

С целью правильного развития существуют даже стандарты, нормы, правила требующие соответствие современных городов их пунктам для поддержания высокого уровня здоровья человека и не только. Например, ВОЗ напрямую сотрудничает с муниципальными властями в разработке и реализации межсекторальных стратегий и планов развития здравоохранения на местном уровне. План развития городского здравоохранения является обязательным требованием для городов-членов Европейской сети ВОЗ «Здоровые города» с 1998 г, которое полностью соответствует 17 целям устойчивого развития Повестке дня ООН на период до 2030 г.³ Существует множество программ направленных на улучшение качества жизни в городах, например Международным советом по науке (ICSU) была запущена инициативная программа «Здоровье и благополучие в изменяющейся городской среде».⁴

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Жители городов имеют ряд преимуществ перед сельскими. Ведь чем больше рынок, тем больше спрос и возможностей для проведения сложных операций, которые требуют дорогостоящего оборудования и накладных расходов. Наличие в городах множества медцентров конкурирующих между собой, выступает мощным фактором доступности и повышения качества услуг.

В связи с тем, что жизнь в городе удобнее и зарплаты выше чем в селах, работа в городе привлекательнее для многих врачей и других медицинских работников.

Как отмечают эксперты, все преимущества городской среды, вероятно, обеспечат постоянный источник под-

Услуги по подписке на фармацевтические страховые полисы и доставке лекарств через Интернет, в том числе и по услугам Amazon Pharmacy или JD.com, помогают решать проблемы доступа к медуслугам на селе. Эти услуги расширяют рецептурный доступ для пациентов, которые могут иметь ограниченный доступ к личному или общественному транспорту

готовленных профессиональных сотрудников в то время, когда нехватка рабочей силы угрожает эффективно оказанию медицинской помощи в сельской местности.

С точки зрения пациентов, доступ к ПСМП, профилактическим услугам и общественным ресурсам, как правило, лучше в городе, что увеличивает вероятность полного посещения обязательных периодических посещений оздоровительного центра, получения регулярного ухода и мониторинга хронических состояний, что несомненно улучшить здоровье.

ПРИМЕЧАТЕЛЬНЫЕ НЕДОСТАТКИ

Однако недавние исследования показывают, что такие преимущества состояния здоровья в городах могут быть сведены на нет из-за неблагоприятного воздействия городской среды, повышенного содержания жиров в рационе и малоподвижно-

го образа жизни. К потенциальным городским опасностям и связанным с ними рискам для здоровья относятся некачественное жилье, переполненность города, загрязненные продукты питания, нечистая вода, неадекватная санитария, плохие услуги по удалению твердых отходов, загруженное движение,⁵ загрязнение воздуха из-за чего количество страдающих заболеванием легких увеличивается. В добавок, медицинские системы могут сталкиваться с большим количеством людей, страдающих ожирением, диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с инфекционными заболеваниями, быстро распространяющимися из-за высокой плотности населения.

3 «City health development plans», Всемирная организация здравоохранения, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/membership/become-a-member/how-new-cities-can-get-started/city-health-development-plans>

4 «Health and wellbeing in the changing urban environment: complex challenges, scientific responses, and the way forward», X Bai, I Nath, A Capon, N Hasan, D Jaron, октябрь 2012 г., <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877343512001169>

5 «Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings», B03, https://books.google.kz/books?hl=ru&lr=&id=gXqgaPtPzrQC&oi=fnd&pg=PP2&dq=WHO+UN-HABITAT+Hidden+Cities+unmasking+and+overcoming+health+inequities+in+urban+settings+World+Health+Organization+Centre+for+Health+Development+and+United+Nations+Human+Settlements+Program%3B+2010.&ots=Mb_TtS3j0&sig=nCazYfIdy3aDHZfZDW1Zid0c40Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Кроме того, в городах часто наблюдается значительное неравенство в отношении здоровья, например, разница в продолжительности жизни людей, живущих в условиях трущоб, по сравнению с теми, кто живет в богатых кварталах⁶.

В зависимости от того, насколько быстро растет население и от текущего баланса спроса и предложения на ресурсы здравоохранения, может быть период времени, когда количество поставщиков медицинских услуг будет недостаточно, и необходимо будет их увеличить для удовлетворения растущего спроса. Вместе с тем, эксперты выделяют 4 стадий развития городов и ключевые вопросы к системам здравоохранения (см. таблицу 1).

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ

Обратная сторона миграции в города заключается в том, что теперь на них увеличивается финансовое и операционное давление и других поставщиков (вода, электричество и т.д.), что непосредственно увеличивает стоимость для конечного потребителя. Сельские больницы склонны к закрытию или же остаются, но уже с малым количеством медуслуг.

В сельской больнице также могут возникнуть проблемы с привлечением врачей и других медицинских работников, и поэтому они сталкиваются с проблемами в поддержании необходимых услуг.

В основном, сельские жители – это люди преклонного возраста, которые более состоятельны и имеют более сложные проблемы со здоровьем, чем молодые. Локальные медпункты не могут решить их проблемы. Чтобы получить качественное лечение, они вынуждены преодолевать большие расстояния для получения специализированного лечения. Такая тенденция усугубляет неравенство в получении медуслуг.

ТАБЛИЦА 1. ТИПИЧНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ГОРОДОВ И ХАРАКТЕРНЫЕ УСЛОВИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ

Этап	Характеристика состояния окружающей среды	Характеристика вызовов медицине
Бедность	Загрязненная вода, плохая санитария, плохие жилищные условия	Инфекционные заболевания, неправильное питание, травмы
Индустриальный	Загрязнение воздуха и земли химическими веществами и твердыми отходами	Хронические респираторные заболевания, травмы, болезни сердца
Потребление	Высокий уровень потребления воды, энергии и другие натуральные ресурсы	Хронические болезни (ожирение, диабет, заболевания сердца, рак), травмы, депрессии
Здоровый эко-город	Состояние жизни в балансе с природой	Максимальный потенциал здоровья

Источник: «Health and wellbeing in the changing urban environment: complex challenges, scientific responses, and the way forward», X Bai, I Nath, A Capon, N Hasan, D Jaron, октябрь 2012 г., <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877343512001169>

КАК РЕШИТЬ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В сложившейся тяжелой ситуации для жителей сельской местности существуют альтернативные способы получения медуслуг. Например, телемедицина – сегодня это доступная, хоть и не для всех, технология соединения врача с пациентом по средствам связи. С её помощью можно решить задачи и покрыть услуги, которые предоставляет сельские медработники (низкопрофильные), и заменяет их.

С помощью телемедицины пациенту не нужно никуда выезжать, тратить время, средства, бензин (что позитивно для экологии, качества воздуха), подвергаться риску внутрибольничного заражения, и получить медуслугу своевременно, что непосредственно снижает вероятность ухудшения их состояния. Также можно отметить, что телемедицинские услуги позволяют также развивать технологии самообслуживания пациентов, например, за счет самозаписи пациентов и т.д.

ДРУГИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ

Рассматривая меры по развитию медуслуг можно отметить, наряду и

с отмечавшимися ранее⁷, отмечается и целый ряд других. Так отмечаются услуги по подписке на фармацевтические страховые полисы и доставке лекарств через Интернет, в том числе и по услугам Amazon Pharmacy или JD.com⁸, помогают решать проблемы доступа к медуслугам на селе. Эти услуги расширяют рецептурный доступ для пациентов, которые могут иметь ограниченный доступ к личному или общественному транспорту.

Также, государство стимулирует молодых специалистов по окончании медицинских ВУЗ-ов работать, практиковаться в селах, за определенную доплату и предоставления льгот в виде недорого арендного жилья и т.д. Эксперты дополняют, что должны быть введены меры по списанию долгов, кредитов, налогов для медицинских учреждений или медработников, которые собираются практиковаться в селах. Еще одна мера, заключается в том, чтобы крупные, опытные городские медцентры открывали клиники, центры неотложной медицинской помощи и другие амбулаторные центры в селах.

⁷ Три стратегии улучшения доступа к сельской медицине, О Каирленов, «Улагатты медицина», №6 (28) ноябрь-декабрь 2019 г.

⁸ Аптечный бизнес: в онлайн и к доставке!, Н Бектембаев, «Улагатты медицина», №6 (35) ноябрь-декабрь 2020 г.

⁶ «Urban Environmental Health Hazards and Health Equity», T. Kjellstrom, S. Friel, J. Dixon, C. Corvalan, E. Rehfuess, D. Campbell-Lendrum, F. Gore, J. Bartram, 2007 год, <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11524-007-9171-9>

A woman with short blonde hair and blue eyes, wearing a white short-sleeved medical uniform, is sitting at a light-colored wooden desk. Her hands are clasped together on the desk. To her left is a black laptop, and to her right is a black smartphone. In the background, there is a white wall with a framed painting of a bouquet of red and white flowers. A white cabinet is also visible in the background.

ОТВЕТСТВЕННАЯ ЗА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ «ОСТРЫХ» РЕГИОНОВ...

Текст: Гульнара Амренова

Представляем вашему вниманию интервью с одним из самых ярких предпринимателей здравоохранения страны – ответственную за гематологическую службу регионов, составляющих «промышленный хребет» страны – Ириной Пивоваровой. Материал получился настолько интересным и актуальным, что мы решили опубликовать его обе части в этом номере. Редакция журнала очень благодарна г-же Пивоваровой за интересное, откровенное и познавательное интервью!

ЧАСТЬ 1. ПУТЬ ГЕМАТОЛОГА...

Как вы пришли в медицину?

То, что я стану врачом я знала с детства. Профессия врача была predetermined как семьей, так и мною самой. Закончила я Карагандинский медицинский университет по специальности «Лечебное дело». Изначально очень хотела быть нейрохирургом. По окончании университета поступила в клиническую ординатуру. Гематологом я стала случайно. Мне не хватило денег поступить в клиническую ординатуру по хирургии. У меня был перерыв, потому что я вышла замуж, потом ушла в декретный отпуск и просто не успела оформить документы. Таким образом, из-за бюрократических проволочек и собственной неосведомленности, я поступила в клиническую ординатуру по внутренним болезням. О чем не только не сожалею, но и благодарна судьбе. Карагандинская кафедра терапии была одной из самых сильных кафедр в РК, которую тогда возглавляла **Ноиля Сафиевна Умбеталина** – мой учитель, педагог, главный гематолог РК. После очередного моего отпуска по болезни, она отправила меня в гематологическое отделение,

в котором я так и осталась. Мне было там очень интересно, я поняла, что это не просто клиническая дисциплина, а наука о клетках, клиническая наука. Позднее я отучилась в Московском гематологическом научном центре. Это была обязательная первичная специализация для всех гематологов. Потом вернулась в Караганду работать врачом-гематологом.

«Государственный» период

В то время (2005-2006 годы – прим. ред.) у меня родилась идея создания канцер-регистра гемобластозов. Меня удивляло, каким образом можно заказывать лекарства на пациентов, планировать объёмы медпомощи и др. на уровне страны, если мы не имеем статистики и, соответственно, не можем управлять процессом. Проект необходимо было продвигать через Министерство здравоохранения (МЗ), благодаря чему я познакомилась со многими людьми в Департаменте организации медицинской помощи МЗ. С Ноилей Сафиевной мы собирали сведения по количеству людей, страдающих лейкозами, сколько необходимо врачебных ставок, боль-

ничных коек и т.д. Мне очень нравилось прогнозировать, меня это тогда очень будоражило. В то время я планировала уехать в Москву, чтобы продолжить карьеру гематолога. Во время работы над проектом поступило предложение поработать в МЗ. Работа в Минздраве меня не привлекала, я видела какой это тяжелый и неблагодарный труд. Особенно меня поражали их «квадратный» язык, сухой канцелярский сленг. Но этот опыт работы оказался достаточно полезным и для меня самой и для возможности что-то изменить в отрасли.

Организатор здравоохранения: начало

Будучи в МЗ РК через три года я поступила в МВА для менеджеров здравоохранения. По окончании МВА руководство Национального медицинского холдинга предложило мне стать медицинским директором Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи (РНЦНМП). Так началась моя карьера организатора здравоохранения. РНЦНМП был для меня таким значимым, потому что в своё время мы с

Вадимом Матвеевичем Кемайкиным (ныне – главным гематологом МЗ РК, инициатором проекта трансплантации костного мозга в стране и руководителем Департамента онкогематологии и трансплантации костного мозга ТОО «Национальный научный онкологический центр») убедили руководство МЗ РК открыть на территории «неотложки» отделение гематологии. В 2012 году оно было открыто на 10 коек. Мы сделали там палату интенсивной терапии (ПИТ) и в этом же году провели трансплантацию костного мозга. Сбылась мечта Вадима Матвеевича, который добивался этого много лет. Стратегическим академическим партнером тогда выступил НИИ гематологии и трансплантации костного мозга им. Р.М. Горбачевой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. Павлова. Тогда директор этого института академик, профессор, д.м.н. **Борис Владимирович Афанасьев** с целой уникальной командой приезжали в Казахстан и практически вручную запускали проект по трансплантации костного мозга. Я до сих пор удивляюсь возможности приезда в Казахстан столь занятых именитых докторов и безмерно благодарна всей команде института (Александр Дмитриевич Кулагин, Владимир Николаевич Вавилов, Сергей Николаевич Бондаренко, Елена Витальевна Бабенко, Александр Леонидович Алянский и многие другие). Наш Центр производственной трансфузиологии тогда обеспечил возможность безупречного производственного процесса по заготовке гемопоэтических стволовых клеток и HLA типированию. Кстати, качество работы коллег из центра производственной трансфузиологии оценено на международном уровне, то, как они типировали и организуют процесс позволяет сотрудничать с международными клиниками (огромное спасибо за это Жандосу Конысовичу Буркитбаеву, Сание Алишевне Абдрахмановой, Мадине Ералыевне Оспановой,

Аиде Оскарковне Турганбековой). Кроме того, команда Гематологического научного центра МЗ РФ города Москвы в лице **Зоренко Владимира Юрьевича** и его коллег (Мамаев А.Н. и др) помогла реализовать в нашем центре уникальный проект по эндопротезированию суставов у больных гемофилией. Благодаря им и нашим коллегам травматологам (профессор, д.м.н. Жунусов Ерсин Турсунханович – ныне ректор Семипалатинского государственного медицинского университета и его академичным коллегам травматологам ортопедам - Адил Али, Дан Жадыгеров, Ерсин Усин и многие другие), врачам лаборантам (Смайлова Казима Токтамуратовна) удалось внедрить на постсоветском пространстве второй по значимости центр по хирургической активности в отношении таких сложных пациентов, как больные с гемофилией.

Нужно отметить, что сейчас отделение гематологии переросло в настоящий республиканский гематологический центр в структуре большой многопрофильной республиканской клиники. Там оказывается помощь в виде высоких технологий для всех пациентов из Казахстана. Команда Кемайкина В.М. в настоящее время смело стоит в линейке зарубежных медицинских организаций по трансплантации костного мозга. А вот с помощью пациентам с гемофилией есть много «пробуксовок». Необходимо на уровне МЗ все-таки определить центр, который будет академично заниматься вопросами гемостаза и проблемами больных с гемофилией.

Частная медицина...

После ухода из «неотложки» я решила не возвращаться в государственную медицину. Причиной такого решения были сложности в организации процессов. Внедрение инноваций, закуп препаратов, изданий медицинского назначения – всё это дается очень сложно в системе государственного управления. До этого я никогда не работала в частных клиниках. Я была такой

про-государственный человек. Мне кажется, я таким и осталась. Тогда мне казалось, что «частники» — это такая странная история, где люди оказывают услуги за очень высокие тарифы и беспокоятся только о своей конечной цели – денежной прибыли. Но, решившись попробовать себя в частном секторе, я нисколько не пожалела. Для меня это стало неким периодом перезагрузки. Я немного поработала, но мне хватило времени, чтобы понять, что «частники» — это замечательные люди. Во-первых, это очень смелые энтузиасты, потому что чтобы открыть частную клинику в Казахстане нужно обладать достаточно смелым потенциалом, иметь очень хорошие организаторские способности. И, конечно, меня заворочала свобода и гибкость в принятии решений по закупу лекарственных средств, медицинского оборудования, найму людей и др.

Ответственная за гематологическую службу «острых» регионов...

Затем для меня наступил новый поворот в жизни. Аким Восточно-Казахстанской области **Даниал Кенжетасович Ахметов** пригласил меня организовать гематологический научный центр в ВКО. Он узнал, что в Белоруссии после аварии на Чернобыльской АЭС, открыли гематологический центр. Дело в том, что болезни крови очень чувствительны к любым процессам, происходящим в экосистеме. Если есть какие-то химические выбросы, если есть радиация – растет заболеваемость лейкозами. Лейкозы – это индикатор экологического благополучия в стране или в отдельно взятом регионе. А хорошо организованная медицинская помощь таким больным – это индикатор уровня развития здравоохранения в стране в целом. Даниал Кенжетасович решил, что при наличии проблем с полигоном и развитой технологической индустрией, которая наносит свой ощутимый ущерб экологии, необходимо реализовать для населения социальный проект и открыть свой

Лейкозы – это индикатор экологического благополучия в стране или в отдельно взятом регионе. А хорошо организованная медицинская помощь таким больным – это индикатор уровня развития здравоохранения в стране в целом.



гематологический центр. Идея была замечательная и она мне понравилась, поскольку это была моя большая мечта. Я очень давно хотела, чтобы в Казахстане появился такой гематологический центр, который я видела в Москве. Гематологический научный центр, где все гематологи – и хирурги-гематологи, и реаниматологи-гематологи, и бухгалтера-гематологи, т.е. все понимают, что здесь мы работаем с одной проблемой и для людей с тяжелой патологией. У меня неспроста появилось такое желание. Везде, где я работала, все говорили, в том числе некоторые медики, что лечить лейкозы не является приоритетом, это люди обреченные. В моей практике, когда я была ещё совсем юным доктором, были ситуации, когда мы вызывали реаниматологов и они нас укоряли, что мы понапрасну тратим ресурсы реанимации и мучаем пациентов, когда уже понятен исход. Я не могла с этим смириться, поскольку понимала, что во всём мире это не так. Люди с такими болезнями живут порой очень долго и с нормальным качеством жизни – они выходят замуж, рожают детей. Нам необходимо только сделать это институциональ-

но – создать такой центр. Поэтому я с радостью приняла это предложение. Встали организационные вопросы – в каком городе его открывать – Усть-Каменогорске или Семей? Выбрали областной центр, в котором есть современный Центр крови – необходимое условие для создания центра гематологии.

Гематология в регионе в то время тоже была в плачевном состоянии. Отделение взрослой гематологии переезжало из одной больницы в другую уже в 4-й или 5-й раз и никак не находилось возможности развить эту службу. Не хватало различных ресурсов, коммуникаций, взаимодействия и др. Чтобы решить проблему гематологического отделения я предложила руководству региона оформить отдельный проект в виде государственно-частного партнерства (ГЧП), которое тогда начали активно развивать. Это бы помогло решить проблему до реализации строительства большого гематологического центра. Мы – это врач гематолог, программист и я – сложились деньгами, заняли средства у знакомых. Сделали ремонт помещения одной из многопрофильных больниц, предоставленного об-

ластным акиматом, купили оборудование, заключили договоры на все виды медуслуг – компьютерная томография, рентген, реанимация, лабораторные анализы. Коллектив, который был в отделении гематологии городской государственной больницы, пришел работать к нам. Уже 31 декабря 2015 года к нам поступили первые пациенты.

В конце – концов, я ушла со всех своих параллельных работ, потому что надо было сосредоточиться на развитии центра. В то время мы открыли также Республиканское общество гематологов, потому что все гематологи страны постоянно нуждаются в том, чтобы обсуждать и формировать нормативную базу по гематологии.

Научный центр гематологии...

Наше отделение гематологии так же быстро развивалось и на уровне области мы стали специализированным центром для взрослых пациентов. Открыли круглосуточный и дневной стационары, поликлинический блок. Мы заключили договора, единственные на уровне регионов, со специализированными лабораториями Москвы и Санкт-Петербурга, т.к. у нас в стране практически нет лабораторий для диагностики лейкозов. Это генетические и морфологические специализированные исследования. Ведь чтобы гематологический центр хорошо работал необходимо, чтобы были гематологи, реаниматологи, были заключены договора на иммунофенотипирование, генетику и морфологию костного мозга. К сожалению, генетику и морфологию в нашей стране смотрят в единичных лабораториях и очень мало опыта. Молекулярную генетику не смотрят практически нигде в полном спектре. Иммунофенотипирование делают в столице и Алматы. В регионах такой диагностики нет, и нужно обеспечивать доставку биоматериала в эти лаборатории. Обычно, в самом лучшем случае, пациент оплачивает эти услуги, и пробирка

передаётся в лабораторию, либо пациент сам едет в другой город, чтобы сдать один анализ. А контингент у нас довольно тяжелый. Мы организовали логистику анализов и стали направлять необходимые биоматериалы в нужные лаборатории, стали выявлять активнее лейкозы. К нам присоединился **Антон Анатолиевич Клодзинский** – один из лучших гематологов не только в нашей стране, но и на всем постсоветском пространстве. Мы стали развивать инновационные направления – внедрять высокодозную химиотерапию, химиотерапию в амбулаторных условиях и др. Появилась аналитическая деятельность. У нас стала формироваться научная команда. На второй год существования центра мы организовали исследовательский проект у медсестёр, которые смогли представить его на очень высоком международном уровне – Европейской гематологической ассоциации. Антон Анатолиевич (Клодзинский – прим. ред.) смог вовлечь медсестер в науку и заставить полюбить её и врачей, и медсестёр. У нас всё было хорошо. **Елена Юрьевна Загурская** внедряла алгоритмы, протоколы, стандарты – такие незыблемые правила, которые нельзя было нарушать. Ею был организован мощный аудит историй болезней и лечений. Она же организовала программу наставничества и практически «ставила» современный медицинский процесс в гематологии в соответствии с международными требованиями. Мы добились очень хороших результатов. Во-первых, все проблемы в регионе с необеспечением на стационарном уровне препаратами, больничными койками, врачами были нивелированы за год. Во-вторых, повысились показатели выявляемости, и, что самое главное, выживаемости пациентов с лейкозами.

Нас пригласили в Алматинскую и Карагандинскую области обсудить вопросы открытия филиалов. В Алматинской области пока не получилось, хотя мы даже заключили

меморандум с областным управлением здравоохранения. Мы никогда не навязываем свои услуги. Наш Центр возник в ВКО потому, что в его развитии были заинтересованы на уровне властей региона. Когда представители власти очень хотят, то, по крайней мере, не чинят препятствий, а по максимуму – помогают (помещение, ремонт) без этого практически никак. Идея филиала нашего Центра реализовалась в Караганде. С одной стороны, Караганда – это мой родной регион, я там училась и работала. С другой стороны, в Караганде к тому времени сложилась достаточно серьёзная ситуация, работал один врач – гематолог. Хотя там огромное количество больных с гемобластозами – намного больше чем в ВКО. В Караганде ведь находится очень много промышленных производств и разная роза ветров. В итоге, средний возраст пациента с лейкозом очень молодой, на тот момент это было 41 – 42 года. Это говорит о том, что пациентов пожилого возраста просто не выявляют. Это связано со многими причинами: ресурсность, компетентность и т.д.

В Караганде руководитель управления здравоохранения и акимат в целом взялись за наш проект очень серьёзно. Для нас провели обучение по ГЧП и мы запустили полноценный проект. Нам выделили помещение и, более того, нам помогли с ремонтом, что мне было удивительно. Сейчас мы занимаем площадей больше, чем предполагали, потому что отделение растёт. Кроме того, нам правильно поставили задачи: обеспечить не только стационарной помощью население области, но и диспансерным охватом. У руководителей управления здравоохранения Карагандинской области были стратегически правильные шаги: предложенный нам проект по созданию анемического центра в будущем позволит повлиять сразу на несколько направлений – раннее выявление злокачественных новообразований, улучшение качества помощи жен-

щинам фертильного возраста, в том числе беременным. В Караганде сейчас уникальная ситуация. Это единственный регион в Казахстане, в котором создан Центр компетенции по гематологии, т.е. созданы стационарный, амбулаторный и диспансерный блоки. Мы тесно работаем с каждой организацией, оказывающей услуги первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в регионе, чтобы вести больного и после выписки из стационара. Сейчас есть с кого спросить за работу гематологической службы в регионе в целом. У нас есть служба поддержки пациентов. Сейчас нам предлагают реализовать проект в рамках доверительного управления. Мы можем переехать в отдельно стоящее здание и развивать гематологический центр для взрослых, возможно, диагностику для детей и поликлинический блок.

Вы первые создали службу поддержки пациентов. Как это было?

Мы пригласили **Марину Чейшвили** – известный человек на просторах Фейсбука – чтобы она разработала нам систему поддержки пациентов. В свое время её сын Амирам лечился у нас в «неотложке». В случае с ним это была первая манипуляция по гаплоидентичной трансплантации костного мозга. Проводили мы её не по классическим показаниям. Это был шаг отчаяния, потому что молодой парень умирал от рецидива. Марина, его мама, просила нас что-то сделать, что-нибудь придумать. Тогда родилась идея провести гаплоидентичную трансплантацию, т.е. когда донором становится сама мама. Шанс выжить в его ситуации (у него не было ремиссии) был один на миллион. Марина приняла решение идти на трансплантацию вместе с сыном. Вадим Матвеевич Кемайкин, Александр Валерьевич Колеснев и Антон Анатолиевич (Клодзинский – прим. ред.), вся наша команда организовали трансплантацию. Парень выжил и прожил год. Этот год был для него непростым. Он лежал год в

больнице, борясь с тяжелыми осложнениями. Когда он умер, Марина не смогла вернуться домой. Она захотела остаться у нас, чтобы помогать другим пациентам. Мы предложили ей работать у нас социальным работником. Достать, принести, купить что-то, поговорить. Это такой микс друга, психолога, помощника в одном лице. Если взрослый пациент, непостоянный человек, когда он не понимает, что говорит врач и боится спросить, чтобы не показаться глупым, она приходила на помощь и всё объясняла. Потом она ушла и открыла фонд поддержки больных гемобластозами (благотворительный фонд «Амирам» – прим. ред.).

Я пригласила её в службу поддержки пациентов. Предполагала, что будем работать также как в «неотложке». Но тут наступила пандемия. Это был год испытаний для нас. Закрывались дороги, пациенты не могли приехать, заколачивались целые подъезды домов с заболевшими кови-

дом... В этих условиях мы организовали мобильные бригады и ездили к пациентам с лейкоемией на дом. Даже проводили химиотерапию на дому. Те, кто мог поступали в отделение, с другими необходимо было работать. Пациентам надо было объяснять куда обращаться и как поступать в такой ситуации, как реагировать на происходящее и т.д. Это всё взяла на себя Марина. Она обрабатывала до 350 звонков в день. Ей помогала её семья. Сейчас служба поддержки уже выросла и там работают три человека. Это колл-центр, который связывается с пациентом после каждого приема, выписки, оставляет телефоны для обратной связи в любое время. Они помогают больным во взаимодействии с поликлиниками, в том числе и по вопросам получения лекарств. Конечно, это не наша зона ответственности, но тем не менее мы помогаем, рассказываем. Появилась необходимость в найме медицинского работника для того, чтобы контактировать с поли-

клиниками, выравнять маршрут пациентов, помогать терапевтам решить вопрос. Центр был очень востребован, когда у нас работал центр дистанционных консультаций (ЦДУ), который, к сожалению, с 1 июня текущего года был закрыт. Вышли новые приказы, тарифы и мы вынуждены были закрыть ЦДУ. Когда он работал, колл-центр был незаменим, поскольку обслуживал почти 6,5 тыс. пациентов, которым Марина и её коллеги объясняли суть дистанционных консультаций «врач-врач».

В этом году мы открыли центр амбулаторной диагностики в Нур-Султане, но только на платной основе, потому что в Караганде он показал свою востребованность, но по гостарифам он не оставляет никакой возможности для развития. В Нур-Султане это только консультационный кабинет. Ведь у нас не совсем бизнес в его классическом понимании. Заработанные деньги мы не рассматриваем как прибыль. К сожалению, у нас нет дополнительных источников дохода. Мы работаем 100% в рамках ГОБМП. Поэтому и возникла идея открыть центр в Нур-Султане на платной основе, чтобы иметь возможность зарабатывать дополнительные доходы для реинвестирования. У меня, видимо, не очень высокая финансовая грамотность, чтобы самой просчитать долгосрочные риски и взять на себя долгосрочные обязательства, и поэтому я не беру кредиты. С другой стороны, ещё жива рана, когда я уходила из государственного сектора – всё может поменяться в один момент, вне зависимости от результатов нашей деятельности. Я не могу исключить, что в какой-то момент придется закрывать отделение по каким-то другим мотивам, не связанными с законами рынка, как это принято в других предприятиях. В Казахстане очень много политики, которая, к сожалению, внедряется в очень специализированные вещи там, где ей не место, но инвестировать в этих условиях за счет займов очень рискованно.



В Караганде руководитель управления здравоохранения и акимат в целом взяли за наш проект очень серьёзно. Для нас провели обучение по ГЧП и мы запустили полноценный проект. Нам выделили помещение и, более того, нам помогли с ремонтом, что мне было удивительно.

РЫНОК МЕДУСЛУГ: НОВЫЕ РЕКОРДЫ И РЕВАНШ ГОССЕКТОРА

Текст: Гульнара Амренова

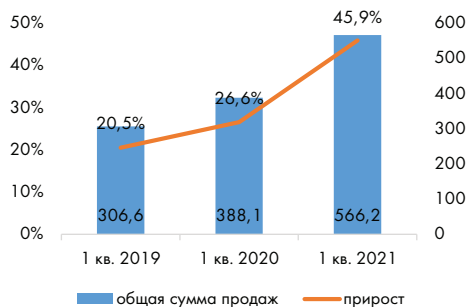
Объем рынка медицинских услуг в 1 квартале 2021 года вырос на 45,9%. Это самый высокий показатель, как минимум, за последние 8 лет, что мы отслеживаем данный показатель. Рассмотрим основные тренды рынка по подробнее.

РЫНОК В ЦЕЛОМ

В первом квартале 2021 года рынок медицинских услуг РК составил Т566,2 млрд. или \$1,3 млрд (рис. 1). Прирост составил +Т 178,1 млрд или \$0,42 млрд. к показателям за тот же период 2020 года, а в процентах прирост составил в 1,7 раза.

ИГРОКИ

Рис.1 Продажи и темпы роста рынка медицинских услуг в первом квартале 2019-2021 гг, млрд. тенге



За анализируемый период самые высокие темпы роста в 47,2% показали организации государственного сектора. Это более чем в два раза выше показателя за тот же период 2020 года, в котором темпы составляли 22%. Организации частного сектора показали рост на 44,1%, нарастив динамику с 37,8% в 1-м квартале прошлого года. По организациям иностранного сектора активность значительно сократилась и составила лишь 24,8%, тогда

как в аналогичном периоде 2020 года прирост объема услуг составлял 47,9% (рис. 2). Надо полагать, что опережающий рост госсектора стал результатом целого ряда приказом МЗ РК по новым требованиям к оснащению медорганизаций, лицензированию и др., что закрыло путь к участию в выполнении госзаказа многим частным игрокам.

Соответственно, несколько изменились и доли рынка медуслуг. В итоге доля госсектора выросла на 0,7% до 70,7% (Т400,4 млрд, \$954 млн), доли частного сектора и иностранных игроков сократилась. У частных игроков на 0,4% до 27,4% (Т155,3 млрд., \$369,9 млн.), а у иностранных сократилась на 0,3% до 1,9% (Т10,6 млрд., \$25,2 млн - рис. 3).

КЛИЕНТЫ

Самые высокие темпы роста расходов в первом квартале 2021 года отмечает у предприятий - 81,2%. Годом ранее рост составлял всего 30,7% до Т50,9 млрд. (\$121 млн.). По бюджету рост составил 45% до Т449 млрд. (\$1 млрд). У населения расходы на медуслуги выросли до Т66,2 млрд. (\$ 158 млн.), или на 31,4%. В первом квартале прошлого «ковидного» года затраты населения прирост составил лишь 11,2% (рис. 4).

Соответственно, в общем балансе потребления медицинских услуг в первом квартале существенных корректировок не произошло. Увеличение доли показали предприятия на фоне незначительной уступки со стороны бюджета и населения. Так, доля предприятий выросла на 1,8% до 9%, доля госбюджета сократилась на 0,5% до 79,3%, и сегмент населения сократил расходы на 1,3% до 11,7% (рис. 5).

Рис.2 Темпы роста продаж игроков на рынке медицинских услуг в 1 квартале 2019-2021 гг, %

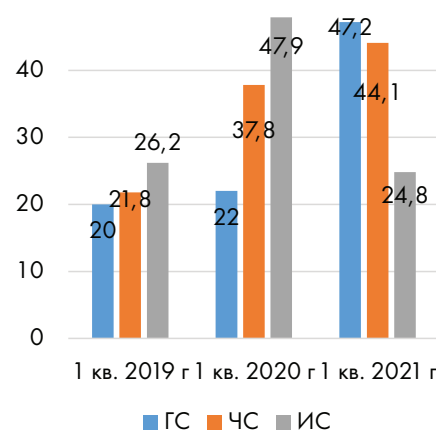
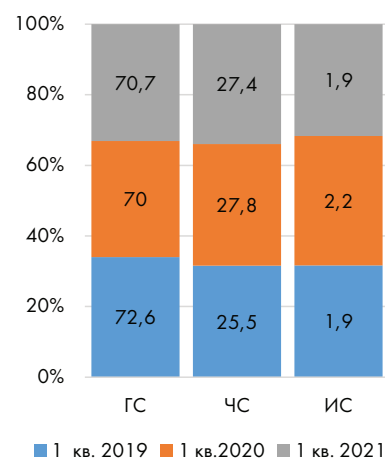


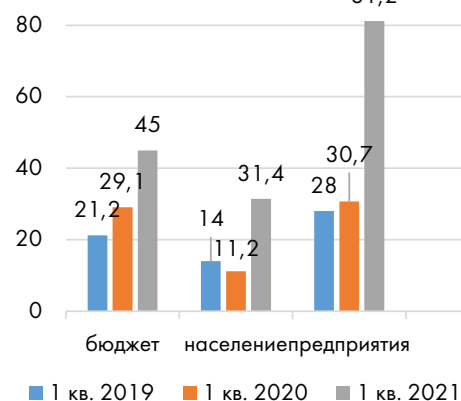
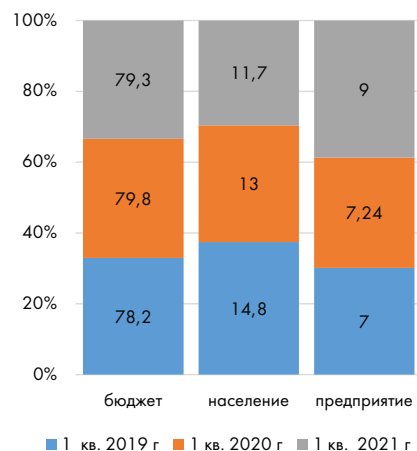
Рис.3 Удельный вес игроков на рынке медицинских услуг в первом квартале 2019-2021 гг, %



РАСХОДЫ НАСЕЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

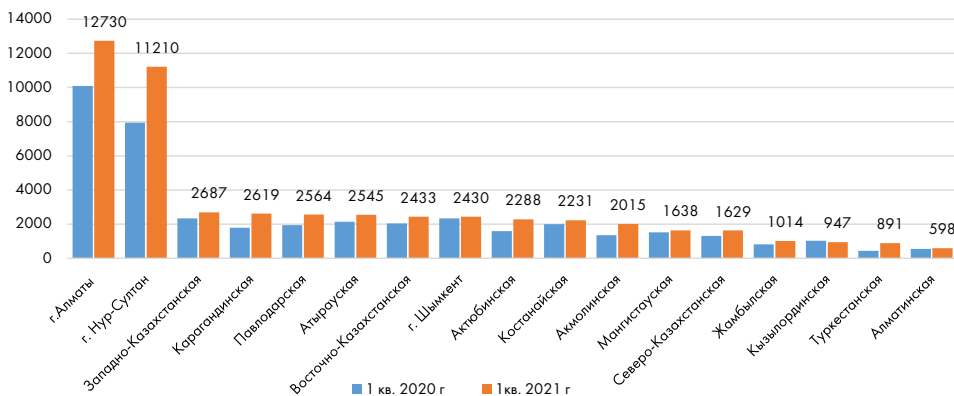
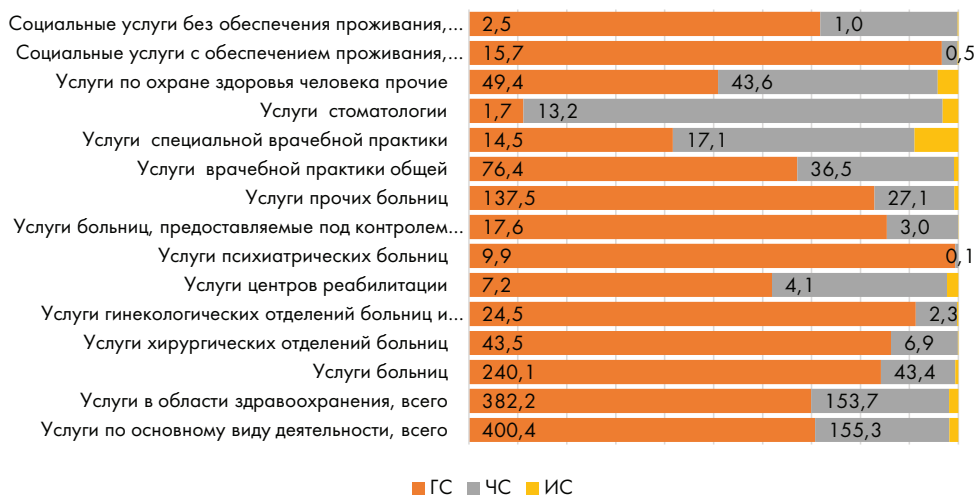
Расходы населения на медуслуги в регионах колеблются от минимальных 598 тг. на жителя в Алматинской области до максимальных 12,8 тыс. тг. в г. Алматы. Регионы предельных показателей остались прежние, что и в первом квартале прошлого года. Во всех регионах, за исключением Кызылординской области, отмечается увеличение расходов населения. При этом наибольший рост демонстрируют жители Туркестанской области, увеличившие расходы вдвое - с 436 тенге до 891 тенге (рис.6).

Расходы свыше 10 тыс. тенге на 1 жителя отмечаются лишь в двух столицах - г. Алматы (12 730 тенге) и Нур-Сул-

Рис. 4 Темпы роста расходов на медицинские услуги по группам клиентов в 1 квартале 2019-2021 гг, %**Рис.5 Удельный вес расходов на медицинские услуги по группам клиентов в 1 квартале 2019-2021 гг, %**

тан (11 210 тенге). Причем по г. Нур-Султан рост составил 41% в сравнении с первым кварталом прошлого года (7 933 тенге). По г. Алматы увеличение показателя составило 26%.

Регионы с затратами в пределах от 2 до 3 тысяч тенге на жителя составляют большинство и в группу вошли 8 областей и г. Шымкент. Минимальные расходы в сумме 2015 тенге складываются в Акмолинской области и максимальные в ЗКО в сумме 2687 тенге. В сравнении с показателями годичной давности значительно увеличены расходы в Акмолинской области на 49%, Актыбинской 44% (до 2288 тенге), Карагандинской 46% (до 2619 тенге) и Павлодарской областях 32% (до 2564 тенге). Минимальная динамика в 4 % по г. Шымкент (до 2430 тенге).

Рис. 6 Расходы населения на медицинские услуги по регионам в 1 квартале 2021 года, тг/чел**Рис.7 Объемы продаж по видам медицинских услуг в 1 квартале 2021 года, млрд. тг**

В группу областей с расходами от 1 до 2 тысяч тенге на жителя вошли 3 области: Мангистауская (1638 тенге), Жамбылская (1014 тенге) и СКО (1629 тенге). Рост расходов отмечается во всех регионах, в т.ч. в СКО +24%, Жамбылской +23% и Мангистауской +8% областях.

Менее 1 тысячи тенге расходов на 1 жителя сложились в трех областях: Кызылординской (947 тенге), Туркестанской (891 тенге), и Алматинской (598 тенге).

УСЛУГИ

Медицинские услуги классифицируются по трем основным группам: в области здравоохранения – 96,5% (Т 546,4 трлн. или \$ 1,3млрд), предоставления социальных услуг с обеспечением проживания – 2,9% (Т3,5 млрд или

\$8,3млн) и предоставления социальных услуг без обеспечения проживания – 0,6% (Т 16,2 млрд или \$38,6 млн).

В области здравоохранения, т.е. по основному виду деятельности медорганизаций, в 1 квартале 2021 года доля государственных игроков увеличилась до 70% с 69% (Т382 млрд. или \$ 910 млн – рис. 7).

По видам услуг в истекшем периоде ими в большей степени предоставлены:

- услуги психиатрических больниц – 99,4% на сумму Т9,88 млрд. (\$23,5 млн.), в 1 квартале 2020 года – 97,7%
- услуги отделений гинекологических больниц – Т24,5 млрд. или \$ 58,5 млн. (91,3%), в 1 квартале 2020 года – 90,8%
- услуги хирургических отделений – 86,2% на сумму Т43,4 млрд. или \$103,6 млн., в 1 квартале 2020 года – 79%

- услуги больниц в целом на 84,2% обеспечиваются организациями госсектора и в сравнении с 1 кварталом 2020 года годом их доля увеличилась с 82,5 %.

Частные игроки освоили в области здравоохранения 28% (Т153,7 млрд или \$366,3 млн). В истёкшем году ими больше освоены:

- услуги стоматологии – Т13,1млрд (\$31,3млн.), доля возросла до 85,7% с 82,5% годом ранее
- услуги в области специальной врачебной практики 49,4% – Т17 млрд. (\$40,8 млн). Объем возрос с 48,7% в 1 квартале 2020 года
- услуги по охране здоровья прочие – 44,9% на сумму Т43,5 млрд. (\$103,8 млн.)

Иностранные игроки предоставили услуги в объеме 1,9% (Т10,5 млрд или \$25млн), сократившись с доли в 2,3% годом ранее. Больше всего в анализируемом периоде они предоставили услуги в сфере врачебной специальной практики в объеме 9% на сумму Т3,1млрд (\$7,4млн.), прочие услуги по охране здоровья человека – 4,2% на сумму Т4,1 млрд (\$9,8 млн) и в стоматологии – 3,2 % на сумму Т0,5млрд (\$1,17 млн.)

В области предоставления социальных услуг с обеспечением проживания 96,6% (Т15,7 млрд. или \$37,3 млн) принадлежит государственным игрокам, в т.ч. на 100% услуги по уходу за больными с обеспечением проживания (Т0,6 млрд., \$1,54 млн.). Частным игрокам принадлежит незначительная часть услуг в объеме 3,2%. Ими в большей степени оказаны услуги, связанные с проживанием для престарелых и инвалидов (4,9%) и прочие услуги, связанные с проживанием (5,5%). Иностранными игроками предоставлены 0,2% услуг.

В области предоставления социальных услуг без обеспечения проживания 71,8% (Т2,5 млрд или \$6,1 млн) принадлежит государственным игрокам, 28,1% (Т0,99 млрд или \$2,3 млн) – частным игрокам и 0,2%

иностранным. Услуги по дневному уходу за детьми почти полностью освоены государством (90,3%). Частные игроки оказали услуги, социальные без обеспечения проживания для престарелых и инвалидов в объеме 49,4% и социальные без обеспечения проживания прочие – 19,4%. Иностранные игроки освоили 0,2% услуг социальных без обеспечения проживания прочие (рис.8).

РЕГИОНЫ

В географическом плане рынок мед-дуг представлен следующим образом (рис. 9). Положительную динамику по темпам роста объемов медицинских услуг обеспечили все регионы. При этом диапазон роста варьирует в пределах от 23,9% до 79%. Долевое участие регионов в общем объеме рынка медицинских услуг представлен следующим образом (рис. 10).

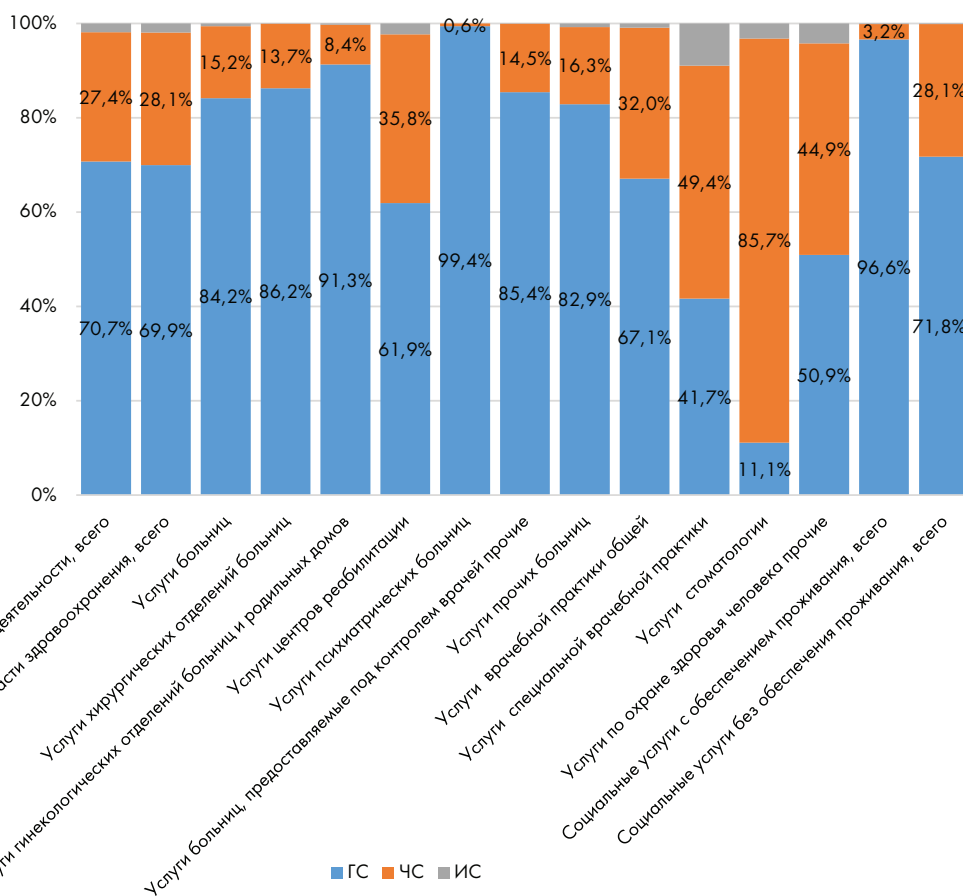
Из рейтинга мы видим *первую тройку лидеров*

- Туркестанская область – Т37,4 млрд или \$89,1 млн. Темпы роста в 1 квартале 2021 года увеличились и составили 79,1% по сравнению с годом ранее (23,1%). Удельный вес вырос с 5,4% до 6,6%.
- Павлодарская область – Т27,5 млрд или \$65,5 млн. В 1 квартале 2021 года показатель темпа роста увеличился и достиг 65,3%, тогда как в сопоставимом периоде был на уровне 20,6%. Удельный вес вырос с 4,3% до 4,8%.
- Алматинская область – Т46,7 млрд или \$111,2 млн. Показатель темпа роста увеличился до 63,5% по сравнению с аналогичным показателем прошлого года 129%. Удельный вес вырос с 7,4% до 8,2%.

Тройка наименьших показателей:

- г. Нур-Султан – Т72,5 млрд или \$172,7 млн. Темпы роста продаж достигли 33,9%, в предыдущем году они составляли 31,7%. Удельный вес увеличился с 2,86% до 3,2%. Удельный вес сократился с 13,9% до 12,8%.

Рис. 8 Удельный вес продаж игроков по видам медицинских услуг в 1 квартале 2021 года, %



- ЗКО – Т17,3 млрд или \$41,2 млн. Темпы роста продаж медицинских услуг составил 30,8%, в предыдущем году показатель имел 25%. Удельный вес сократился с 3,4% до 3,1%.
- Мангистауская область – Т16,4 млрд или \$39,1 млн. Темпы роста продаж упали вдвое и составили 23,9%, в предыдущем году прирост равнялся 56,4%. Удельный вес по сравнению с аналогичным периодом упал с 3,4% до 2,9%.

РАЗВИТИЕ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО СЕКТОРА ПО РЕГИОНАМ

Лидерами развития частного сектора, исходя из доли расходов населения и предприятий на медуслуги, в первом квартале 2021 года выступают (рис. 11):

- г. Нур-Султан. В рассматриваемом периоде удельный вес расходов населения и предприятий по городу достиг 40,1%, это выше уровня сопоставимого периода прошлого года (37,3%);
- г. Алматы. Удельный вес расходов составил 38,8%, показатель ниже уровня предшествующего года (39,8%);
- Атырауская область. Удельный вес расходов увеличился – с 25,8 % до 28,9% годом ранее.

Минимальные расходы населения и предприятий на медицинские услуги, по-прежнему, в Алматинском регионе, которые упали с 4,7% до 4,1%.

Подводя итоги развития рынка медицинских услуг можно наряду с рекордными темпами роста рынка медуслуг, отметить определенный реванш медорганизаций госсектора, показавших более высокие темпы роста по сравнению с частным сектором. Надо полагать, что более низкие темпы роста частного сектора связаны шоком для отрасли связанный с новыми правилами лицензирования и их укомплектации по медицинскому оборудованию, кадрам и площадям медорганизаций и закупок медуслуг в рамках ФСМС, что поставило значительную часть отрасли, по сути, вне закона, и определило некоторое сокращение доли рынка частных игроков. К сожалению, исключить подобное развитие событий

в будущем в нашей стране, достаточно сложно. Будем надеяться, что текущий случай станет залогом выработки действенных механизмов недопущения

подобных эксцессов в будущем, ведь добросовестная конкуренция это ключевой залог цивилизованного развития любого рынка и отрасли.

Рис. 9 Объемы медицинских услуг по регионам в 1 квартале 2021 года, млрд. тг

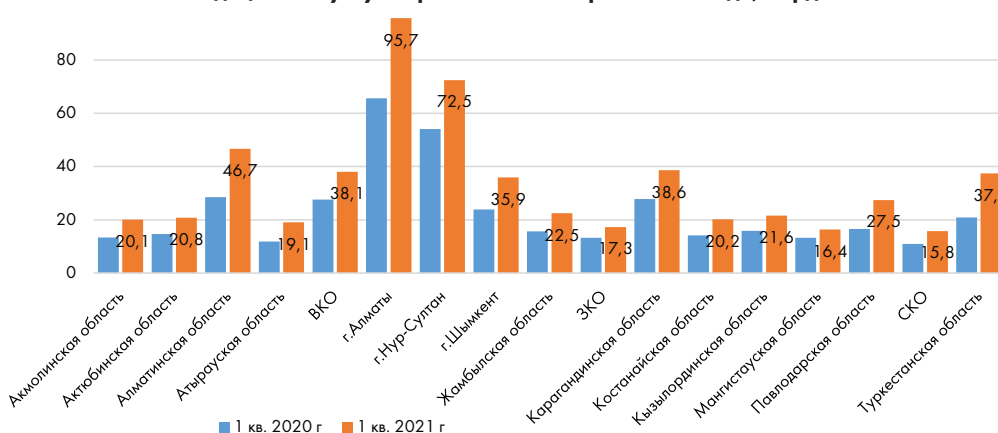


Рис. 10 Долевое участие регионов в общем объеме рынка медицинских услуг

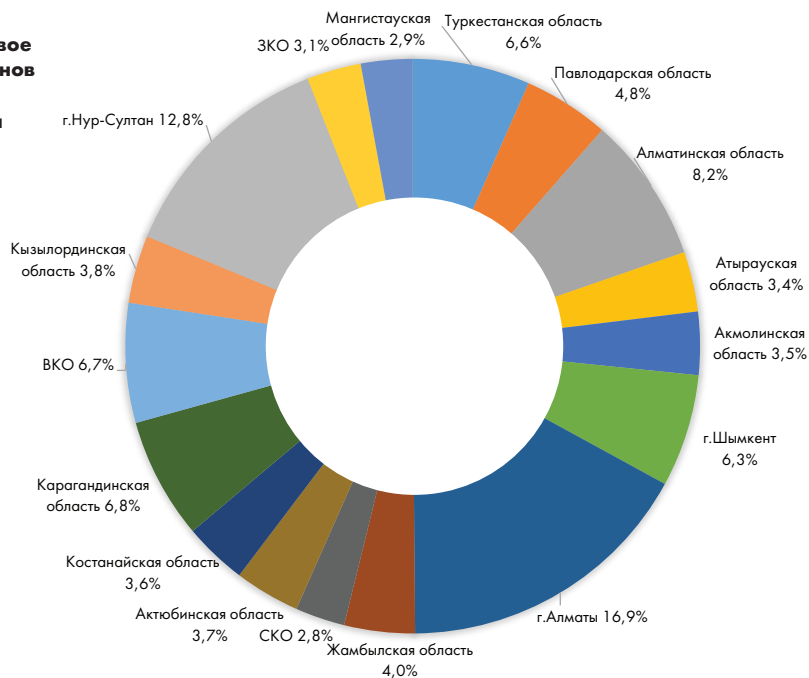
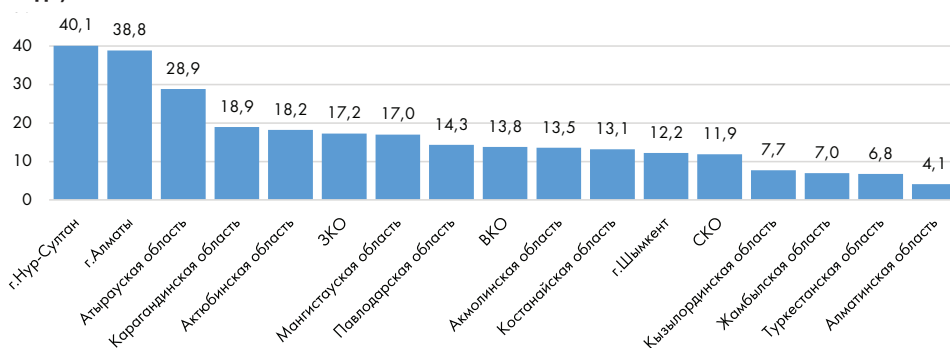


Рис. 11 Доля частных расходов в объеме медицинских услуг по регионам в 1 квартале 2021 года, %



«РАССТРЕЛЬНАЯ ДОЛЖНОСТЬ» ИЛИ КРИЗИС В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ?



Текст: Ниязбек Бектембаев

Рассматривая итоги 2020 года в здравоохранении страны можно отметить огромную текучесть кадров в рядах начальников региональных управлений – на 17 должностях побывали 38 человек! Очевидно, что в такой кадровой «чехарде» сложно говорить о проведении какой-либо осмысленной и последовательной политики развития отрасли. Рассмотрим этот вопрос чуть более подробнее.

Прошлый год стал трудным для системы здравоохранения нашей страны и не только. Он запомнился нам дефицитом медицинских масок, респираторов, антисептиков, ноутбуков, возросшим количеством фактов домашнего насилия и высокой рождаемостью, которая наконец-то побила рекорд 1987 года.¹ В свете дефицита средств индивидуальной защиты (СИЗ), возросших в десятки раз

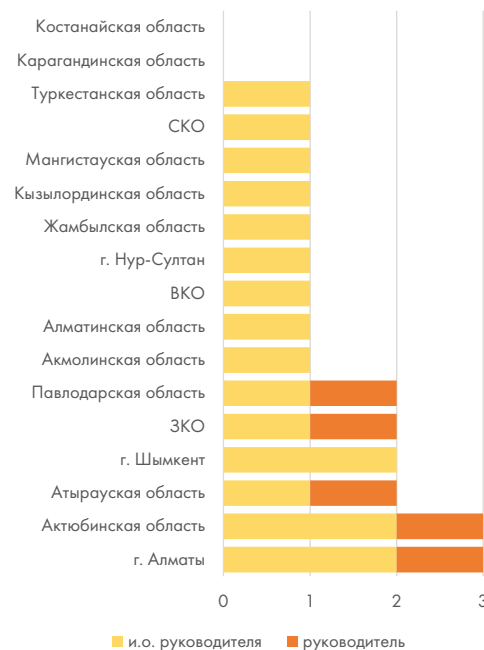
цен на них и других проблем в регионах начали задумываться чья же это вина. В итоге во всех регионах, кроме Карагандинской (Е Нурлыбаев) и Костанайской (В Дудник) областях по тем или иным причинам сменились первые руководители (УЗ – см. рис 1).

Среди 15 УЗ, где произошли кадровые изменения, самое большее количество замен в 2020 г. было в УЗ Актюбинской области и г. Алматы – по 3 замены в каждом регионе, из которых 2 были руководителями, а 1 и.о. руководителя.

Руководителями УЗ назначают в основном руководители подведомственных организаций системы здравоохранения и/или заместители руководителей УЗ. Есть факты, когда после назначения и.о. руководителя по истечении нескольких месяцев работы получали должность руководителя УЗ, как например, в Атырауской области Асхана Байдувалиева.

Также интересно заметить, что руководитель Актюбинской области Асет Калиев покинул должность по причине того, что срок занятия долж-

Рис. 1. Количество назначений новых руководителей УЗ в регионах в 2020 г



ности превысил 6 лет и по закону он не вправе её занимать². Сейчас он занимает аналогичную должность в УЗ Жамбылской области. Хотя можно будет заметить, что руководитель Карагандинской области работает на своей должности с апреля 2014 г. (см. таблицу 1).

Если рассматривать причины смены руководителей УЗ, то 22 из 23 существующих замен произошли по положительным мотивам и только руководитель УЗ ЗКО Болатбек Каюпов был задержан антикоррупционной службой по подозрению в получении взятки в размере 7,8 млн тенге от директора компании за подписание акта выполненных работ по договорам о закупках медоборудования³.

Таким образом, назначенные 9 руководителей и и.о. руководителей в 2020 г. не проработали в среднем даже 5 (4,7) месяцев и были сняты со своих должностей. Остальные

1 «В Казахстане в 2020 году родилось рекордное число детей», 22.02.2021 г., <https://www.aa.com.tr/ru/%D0%BC%D0%B8%D1%80/%D0%B2-%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%85%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B5-%D0%B2-2020-%D0%B3%D0%B6%D0%B4%D1%83-%D1%80%D0%BE%D0%B4-%D0%B8%D0%B8%D0%BE%D1%81%D1%8C-%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B5-%D1%87%D0%B8%D1%81%D0%B8%D0%BE-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9/2153157>

2 «Вспышку пневмонии в Актобе мог спровоцировать коронавирус», Д. Уркумбаева, 19.06.2020 г., <https://www.ktk.kz/ru/news/video/2020/06/19/151772/>

3 «Руководителя управления здравоохранения ЗКО задержали по подозрению в получении взятки», Ж. Сагидуллақызы, 30.10.2020 г., <https://informburo.kz/novosti/rukovoditelya-upravleniya-zdravoohraneniya-zko-zaderzhali-po-podozreniyu-v-polucheni-vzyatki.html>

пережили новый год и продолжили свою деятельность. Учитывая данную текучесть в медицинских кругах эти должности называют «расстрельными»⁴. Из всех назначений в 2020 г. только 3 представительницы слабого пола, остальные мужчины.

В целом, подводя итоги можно констатировать, что текучка кадров на столь важных позициях как руководители областных управлений здравоохранения сильно вредит развитию отрасли, как в части даже того, что зачастую губит карьеру хороших врачей, согласившимся стать руководителями УЗ и отсутствии преемственности в работе, «метания» в политике развития отрасли. В этой связи необходимо поднимать вопрос о реформировании службы управлений здравоохранения в регионах. Ведь очевидно, что текучка кадров связана с неоднозначностью нормативно-правовой базы, когда нормативные правовые акты зачастую противоречат друг-другу, а с другой стороны, на руководителя УЗ с заработной платой в несколько сотен долларов в месяц «вешают» бюджеты и принятие решений по активам на сотни миллионов долларов. Выход из данной ситуации видится в работе по 2 направлениям:

убрать с начальников УЗ несвойственные им функции как проведение государственных закупок медицинского оборудования, ремонтов зданий и т.д.;

разделение лечебного дела и менеджмента в здравоохранении, т.е. руководителями УЗ назначать прежде всего менеджеров, а не врачей.

Этой публикацией мы хотели бы открыть дискуссию по совершенствованию работы УЗ - важного звена в развитии системы здравоохранения. Наше издание продолжит эту тему и открыто для представления мнений по данному вопросу.

Таблица 1. Новые назначения руководителей УЗ по регионам в 2020 г.

Регион	ФИО руководителя	*Должность	Дата
ОСТАВШИЕСЯ НА СВОЕЙ ДОЛЖНОСТИ РУКОВОДИТЕЛИ УЗ В 2020 Г.			
Карагандинская область	Нурлыбаев Ержан Шакирович	руководитель	апр.14
Костанайская область	Дудник Вячеслав Юрьевич	руководитель	окт.18
НОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЗ В 2020 Г.			
г. Алматы	Абилдаев Тлеухан Шилдебаевич	руководитель	дек.19
г. Алматы	Надыров Камалжан Талгатович	руководитель	апр.20
г. Алматы	Мадеева Жанар Ахылбековна	и.о. руководителя	окт.20
г. Алматы	Табынбаев Нариман Болтаевич	руководитель	дек.20
Актюбинская область	Калиев Асет Аскерович	руководитель	июн.14
Актюбинская область	Светлана Есенаманова	и.о. руководителя	июн.20
Актюбинская область	Даньяров Самат Багдатович	руководитель	июл.20
Актюбинская область	Исаев Рустем Кананиевич	руководитель	ноя.20
Атырауская область	Газизов Байтолла Закарьяевич	руководитель	дек.19
Атырауская область	Кабдыкапаров Нурлыбек Рыскалиевич	и.о. руководителя	май.20
Атырауская область	Байдувалиев Асхан Мархабаевич	руководитель	окт.20
ВКО	Мухамеджан Ильяс Тунгышканович	руководитель	май.19
ВКО	Жумаханов Жаик Амангельдинович	руководитель	ноя.20
г. Нур-Султан	Кисикова Сауле Дюсебековна	руководитель	авг.19
г. Нур-Султан	Муратов Тимур Муратович	руководитель	июл.20
г. Шымкент	Байдувалиев Асхан Мархабаевич	руководитель	апр.19
г. Шымкент	Албаев Рустам Куанышбекович	руководитель	апр.20
г. Шымкент	Позилев Бакытжан Джолдасбекович	руководитель	окт.20
ЗКО	Беркинғали Нурданат Беркинғалиевич	руководитель	дек.18
ЗКО	Каюпов Болатбек Амангельдиевич	руководитель	мар.20
ЗКО	Калибеков Арман Талгатович	и.о. руководителя	дек.20
Павлодарская область	Кузевков Ардак Мубараквич	и.о. руководителя	сен.19
Павлодарская область	Досмаилов Биржан Серикбекович	и.о. руководителя	мар.20
Павлодарская область	Ситказинов Айдар Кинжитаевич	руководитель	сен.20
Акмолинская область	Абишев Болат Калкаманович	и.о. руководителя	авг.19
Акмолинская область	Ильясов Сулен Женисович	руководитель	фев.20
Алматинская область	Ыскак Бауыржан Ербозымул	руководитель	дек.17
Алматинская область	Ниязбеков Умирзак Абильсеитович	руководитель	авг.20
Жамбылская область	Жуманкулов Марат Сейтбекович	руководитель	май.12
Жамбылская область	Калиев Асет Аскерович	руководитель	авг.20
Кызылординская область	Абдусаметов Жаксылык Абылкасымович	руководитель	июн.19
Кызылординская область	Пазылов Сабит Бексеитович	руководитель	июл.20
Мангистауская область	Сагымбаев Ануар Алимжанович	руководитель	авг.19
Мангистауская область	Жаманбаева Жамал Абдибековна	руководитель	апр.20
СКО	Султангазиев Тимур Сламжанович	руководитель	май.18
СКО	Сактаганов Кабдрахман Еркенович	руководитель	июл.20
Туркестанская область	Егизбаев Мукан Кенесбекович	руководитель	янв.17
Туркестанская область	Пашимов Марат Орумбасарович	руководитель	апр.20

4 «Кто в казахстанских регионах руководит управлениями здравоохранения?», 13.03.2021 г. <https://turanpress.kz/regiony/kto-v-kazakhstanskikh-regionakh-rukovodit-upravleniyami-zdravookhraneniya-2>

Источник: таблица составлена компанией «ТОО Улагат Консалтинг Групп» на основе данных из открытых источников
Примечание: *должности могут не совпадать действительности по причине его разности в источниках просмотренных сайтах



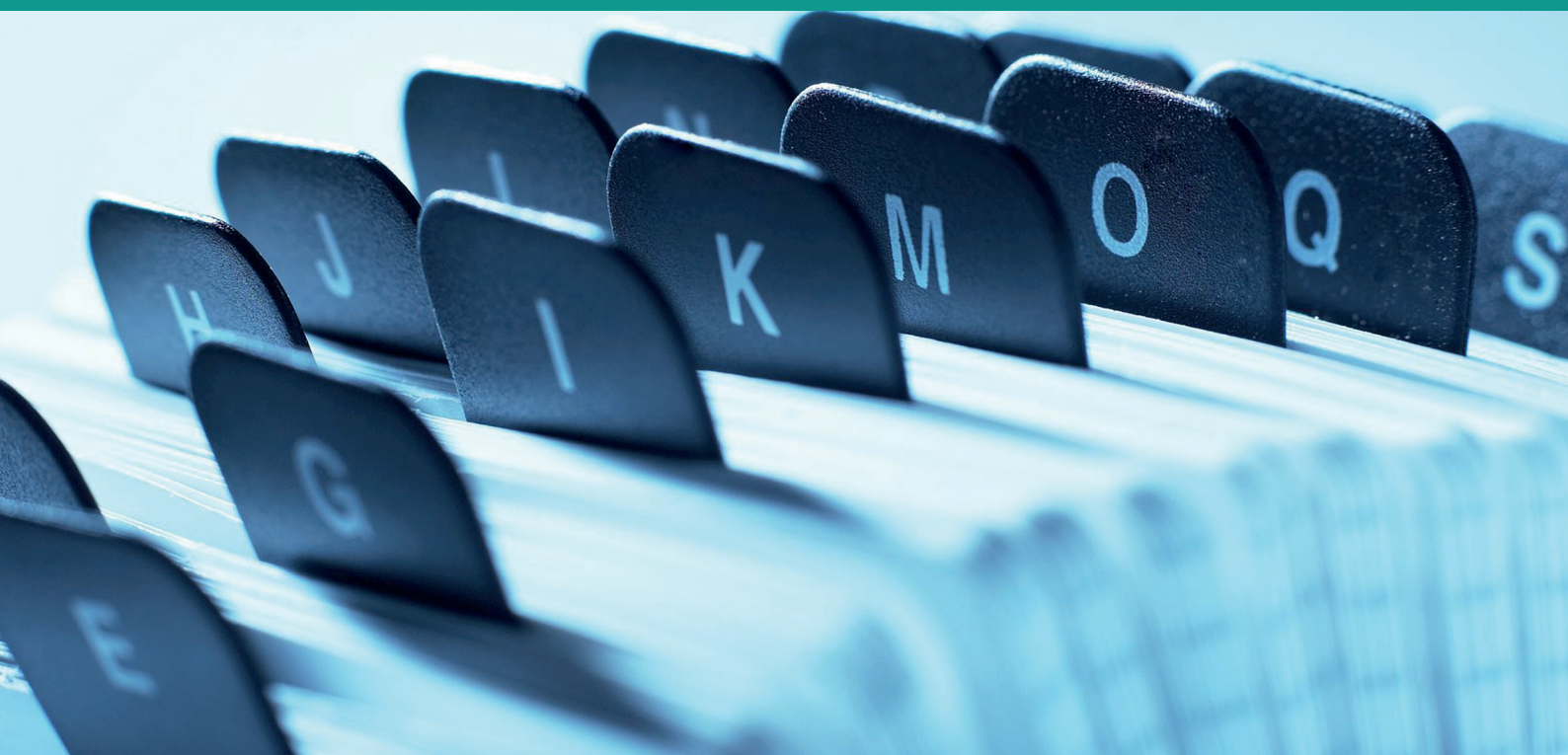
ДУМай как шеф!

Подпишись на Улагатты Медицина – 10 000 тенге на год!

г. Астана, ул. Кенесары,
40 - БЦ «7 континент»,
20 этаж, офис № 2008
8 (7172) 96-80-10, 96-80-11
электронные адреса:
ulagat_cg@mail.ru
marketing@ulagat-m.kz

Информационные продукты «Улагат Консалтинг Групп» – базы данных по поставщикам и клиентам по:

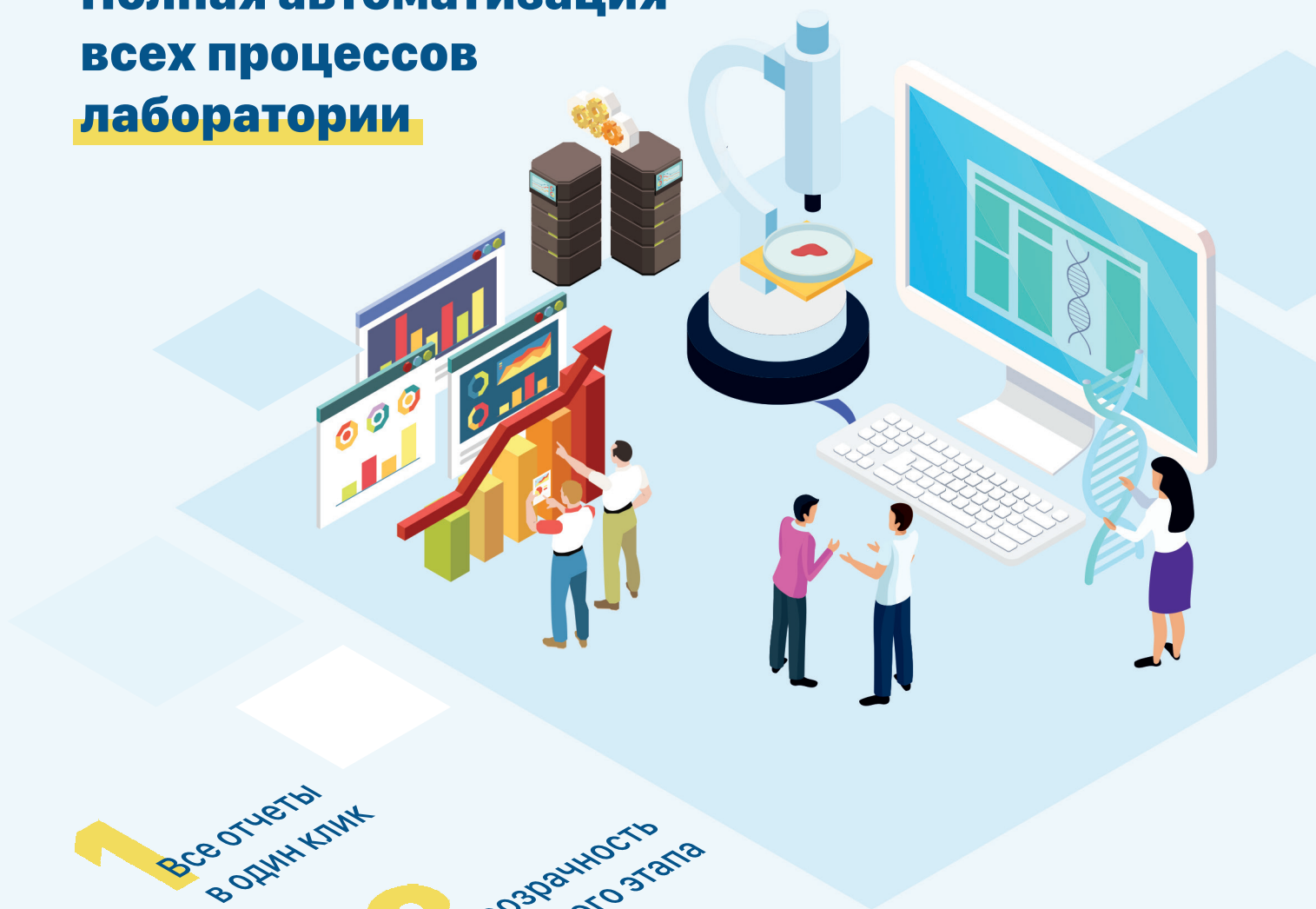
- медицинским информационным системам
- страховым компаниям
- сервисным услугам по медоборудованию
- и многим другим



ОТ РЕГИСТРАТОРА ДО ДИРЕКТОРА

зертханалық ақпараттық жүйе
LIS K-LAB
лабораторная информационная система

**Полная автоматизация
всех процессов
лаборатории**



1 Все отчеты
в один клик

2 Подключение
более 350 видов
анализаторов

3 Прозрачность
каждого этапа

4 Гибкость
настроек



8 701 961 71 01



www.k-lab.kz