

УЛАГАТТЫ МЕДИЦИНА

№ 4 (33) ИЮЛЬ - АВГУСТ 2020

СИСТЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ
ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ

КАК АНАЛИЗИРОВАТЬ БИЗНЕС-
ПРОЦЕССЫ?

КАК КОВИД МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА
МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ



СТОИМОСТЬ СТРАТЕГИЙ БОРЬБЫ С КОРОНАВИРУСОМ

КАК СОКРАТИТЬ ИЗДЕРЖКИ НА ЛАБОРАТОРИЮ?



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

клиникалық-диагностикалық зертханалар



Алтын сапа - 2018



Выбор года '16 '17 '18



ISO 15189
STANDARD



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



59-79-69



www.kdl.kz

СТРАТЕГИЯ

4 СИСТЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ

14 июля 2020 г. прошел в онлайн-формате круглый стол «Частная медицина 2.0: стратегия win-win или как нам стать равноправными партнерами?». Его проведение позволило сформулировать и систематизировать целый ряд системных вопросов, сдерживающих развитие здравоохранения страны.

13 КВИ И СТРАХОВАНИЕ: ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

Вопрос неверия в проблемы и пути их решения стоит не только перед медиками, но и, например, страховщиками. Может, им объединить усилия?

16 «ТОТАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ» ИЛИ ЧТОБЫ ОСЕНЬ НЕ БЫЛА ЖЕСТОКОЙ...

Представляем вашему вниманию интервью с Председателем Наблюдательного совета ТОО «Салауатты Астана» Лейлой Ишбаевой о некоторых мерах, которые позволят уменьшить негативные последствия КВИ в системе здравоохранения и обществе в целом.

24 СТОИМОСТЬ СТРАТЕГИЙ БОРЬБЫ С КОРОНАВИРУСОМ

Как показывают стратегии борьбы с коронавирусной инфекцией (КВИ), они отличаются не только эффективностью, но и стоимостью. Рассмотрим их поподробнее.

ОПЕРАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

26 КАК АНАЛИЗИРОВАТЬ БИЗНЕС- ПРОЦЕССЫ?

Кризис зачастую становится фактором пересмотра и оптимизации бизнес-процессов в компании. В этой связи имеет смысл рассмотреть технологии и инструменты анализа бизнес-процессов в медицинских организациях.

ФИНАНСЫ В МЕДИЦИНЕ

- 32 РЕЙТИНГ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРВОЕ
ПОЛУГОДИЕ 2020 ГОДА: ОЗДРАВЛИВАЕМСЯ?**
Журнал «Улагатты медицина» представляет вашему вниманию одиннадцатую волну рейтинга страховых компаний страны, исходя из объемов судебных исков со стороны клиентов и страховых выплат за первое полугодие 2020 года

СТРАТЕГИЯ

- 38 КАК КОВИД МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА
МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ**
Коронавирус оказывает огромное влияние на медтуризм, особенно в странах ставших антилидерами по уровню заболеваемости, что стимулирует дискуссию о будущем медтуризма в Казахстане.

ОПЕРАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

- 43 ДАШБОРДЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**
Представляем вашему вниманию рекомендации экспертов по формированию наиболее эффективных дашбордов.



Журнал «Улагатты медицина» №4 (33)
Издается с октября 2013 г. Выходит один раз в два месяца.

Директор и главный редактор
Каирленов М.А.

Авторы
**Марат Каирленов
Ниязбек Бектембаев
Талгат Ергалиев
Бауыржан Рахимбеков**

Корректор
Элла Бычкова

Дизайн и верстка
Чингис Маденов

Дирекция маркетинга и продаж
Бауыржан Рахимбеков

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. Суянбая, 495 В.
Фактический: г. Нур-Султан, ул. Кенесары 40, оф. 2008,
тел.: +7 7172 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, индекс 100019.
Тираж 1500 экземпляров. Цена договорная.
Распространяется на территории РК.



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

СИСТЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ

14 июля 2020 г. прошел в онлайн-формате круглый стол «Частная медицина 2.0: стратегия win-win или как нам стать равноправными партнерами?». Его проведение позволило сформулировать и систематизировать целый ряд системных вопросов, сдерживающих развитие здравоохранения страны.



Эпидемия коронавируса четко обозначила необходимость скорейшей модернизации медицинских учреждений, поскольку это вопросы жизни и смерти для миллионов наших сограждан. Это требует больших инвестиций и особенно – мощного повышения качества менеджмента. Проблема осложняется падением цен на нефть, что сильно ограничивает возможности государства.

Рассматривая решения, предлагаемые государственными менеджерами, можно отметить, что они исходят из логики государственного капитализма с его неэффективностью и повышенной коррупционностью. Это ярко проявляется на примере инициативы создания

Национального оператора в области здравоохранения (ТОО «Turar Healthcare»).

В этой связи инициатива руководителя Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК Каната Тосекбаева о встрече с представителями частного бизнеса в здравоохранения нашла у них живой отклик. Г-н Тосекбаев пояснил, что данная встреча проводится в рамках Программы подготовки отраслевых менеджеров по управлению изменениями, инициированной Фондом 1 Президента и поддержанной Правительством РК (врезка 1). Основные сферы применения сил и средств частного сектора г-н Тосекбаев видит в следующем: материально-техническое

ВРЕЗКА 1. ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ОТРАСЛЕВЫХ МЕНЕДЖЕРОВ ПО УПРАВЛЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЯМИ

В ее рамках сформулирован ряд вопросов, но основной – это поиск решений по 40 задачам в 11 отраслях. Спонсор программы – премьер-министр Мамин А.У, куратор – помощник президента Казахстана – секретарь Совета безопасности Искешев А.О.

Сформировано 40 команд по 11 отраслям под общей координацией Академии Елбасы. По здравоохранению определены 4 задачи, одна из них – «Разработка и реализация комплекса мер по развитию ГЧП и частной практики в здравоохранении». Под эту задачу сформирована команда из 7 специалистов и лидера, а именно:

Тосекбаев Канат – генеральный директор «РЦРЗ», Турсынбаев Талгат – вице-президент АО «Казахстанский центр ГЧП», Булатов Аслан – управляющий директор ТОО «Kazakhstan Projekt Preparation Fund», Айдосов Сержан – зав.кафедры менеджмента АО «МУА», Сулейменов Ерлан – генеральный директор ТОО «Olymp Medical Group», Толым Адепхан – Проектный менеджер департамента ГЧП ТОО «BI Group», Забиров Эльмира – старший менеджер департамента НАО «ФСМС».

Источник: составлено автором по данным выступления К. Тосекбаева и презентации «Установочная сессия менторов. Программы подготовки отраслевых менеджеров по управлению изменениями».



Марат Каирленов, главный редактор
журнала «Улагатты медицина»

Среди проблем рынка ... три ключевые – включение в тарифы на медуслуги расходов на основные средства, которые сейчас распределяются лишь среди госмедорганizations; аутсорсинг в здравоохранении и «островки госмонополий



оснащение, амбулаторная помощь, стационарная помощь, лаборатории и цифровизация. Эпидемия коронавирусной инфекцией (КВИ) внесла серьезные изменения в планы работ, и акцент сместился на подключение возможностей частного сектора на борьбу с КВИ. Идет выработка предложений по необходимым изменениям в нормативно-правовые акты (НПА), чтобы привлечь частную медицину к решению текущих проблем и в целом поддержать её, так как это рабочие места и важный сегмент экономики страны.

Выступления представителей частного сектора здравоохранения были условно структурированы модератором встречи – председателем Наблюдательного совета ТОО «Салауатты Астана» **Лейлой Ишбаевой** на две части – по текущему состоянию, т.е., собственно, о сдерживающих факторах и проблемах и далее – свободное обсуждение.

В своей презентации главный редактор журнала «Улагатты медицина» **Марат Каирленов** отметил следующие характеристики частного сектора в здравоохранении РК:

- объём продаж уже превышает 1 млрд долларов в год;
- доля рынка составляет 30% и за последние 6 лет выросла примерно в 1,5 раза;
- на частных игроков приходится примерно 1/4 врачей в стране и в целом порядка 40 тысяч врачей и среднего медицинского персонала;
- частные игроки стали очень важным фактором повышения качества медицинских услуг и в целом стандартов на рынке. Так, в медицинском туризме самые значимые достижения демонстрирует рынок ЭКО, где доминируют частные игроки. Или частные лаборатории, тесты которых признаются за рубежом, стоматологические клиники и т.д.
- общее количество частных медорганизаций порядка 1,3 тысячи

единиц, при этом по госпрограммам (ГОВМП / ФСМС) работают 75% из них и за последние три года их количество удвоилось;

- частные игроки в здравоохранении – это в основном небольшие организации, но даже без учёта стоматологических сетей есть свыше 30 игроков со штатом от более 250 человек и до нескольких тысяч. Средних компаний со штатом от 100 до 250 человек чуть более 50. В целом, доля первой сотни частных игроков составляет 28% от общего объёма продаж.

Среди проблем рынка автор выделил 3 ключевые – включение в тарифы на медуслуги расходов на основные средства, которые сейчас распределяются лишь среди госмедорганизаций; аутсорсинг в здра-

воохранении и «островки госмонополий».

Первое – расходы на основные средства, не включенные в государственные тарифы. Имеются планы их включения в тарифы в 2023 году, но уже сейчас порядка 100 млрд тенге в год МИО выделяет на строительство и ремонт основных средств государственных медучреждений.

Наш опрос медицинских учреждений показал следующие негативные моменты:

- эти деньги выделяются без какой-либо методики, что создаёт основу для коррупции;
- выделение средств налогоплательщиков только на основные средства государственным медорганизациям создаёт нечестную конкуренцию с частными игроками;
- демотивирует менеджеров госмедучреждений повышать качество менеджмента использования имеющихся активов и наращивание объемов медуслуг, так как 94% капитальных расходов государственных медорганизаций напрямую оплачивают акиматы за счет средств налогоплательщиков. Этот разрыв сейчас уже очень велик, и стимулов для улучшения нет. Например, у частных игроков площадей используется в 5-8 раз меньше, чем в государственных поликлиниках. В итоге, это создаёт избыток площадей в здравоохранении: только в государственном секто-



Лейла Ишбаева, председатель
Наблюдательного совета ТОО
«Салауатты Астана»

«Скрытое финансирование» составляет в ПМСР порядка 20-30%, ... Поэтому совершенно справедливо требование «деньги на бочку», т.е. включение всех этих средств в тарифы за медуслуги, а значит, доступ к ним и частным игрокам

ре ПМСП свыше 2 млн квадратных метров.

Вторая проблема или точнее вопрос – развитие аутсорсинга в здравоохранении. Сейчас глобальный рынок медицинского оборудования все больше переходит на модель оплаты за использование «pay-per-use», т.е. оплата идёт только за фактическое использование или за счёт стоимости реагентов (расходных компонентов). Соответственно, для эффективного использования важна максимальная загрузка данного медоборудования, что могут обеспечить только крупные и/или сетевые организации.

На рынке лабораторных услуг сейчас крупные частные сетевые игроки оказывают более качественные услуги на современных анализаторах и по тарифам в два раза ниже, чем в большинстве государственных лабораторий, где используются ручные методы. Это создает основу для ежегодной экономии государством от 70 до 100 млрд тенге в год, не говоря о повышении качества услуг.

Еще большая экономия возникнет в случае, если государство решит переоснастить современными автоматическими анализаторами свыше 1,5 тысячи небольших государственных лабораторий. Для их переоснащения потребуются десятки миллиардов тенге госрасходов, которые не окупятся, так как небольшим лабораториям невозможно обеспечить нормальную загрузку лотков в анализаторах, что, естественно, повысит себестоимость анализов. Выход видится в развитии аутсорсинга с привлечением частного сектора, что позволит государству и обществу экономить сотни миллиардов тенге средств налогоплательщиков и повысить качество услуг. Схожая ситуация наблюдается и в «тяжёлой медтехнике», где также логично развитие аутсорсинга.

Ну и третий вопрос – наличие на рынке медуслуг целого ряда «островков государственных монополий» с общим объемом в 160 млрд тенге. Это услуги гинекологических отделений больниц и родильных домов, туберкулёзных и онкологических диспансеров, центров крови и др. Эта часть рынка закрыта для частных игроков различными приказами Минздрава. На примере тестов на ВИЧ, цены у государственных монополистов были завышены вдвое. Развитие здоровой конкуренции на данных рынках позволит государству экономить десятки миллиардов тенге в год при повышении качества услуг.

«ТЯГА» ДЛЯ АКИМОВ

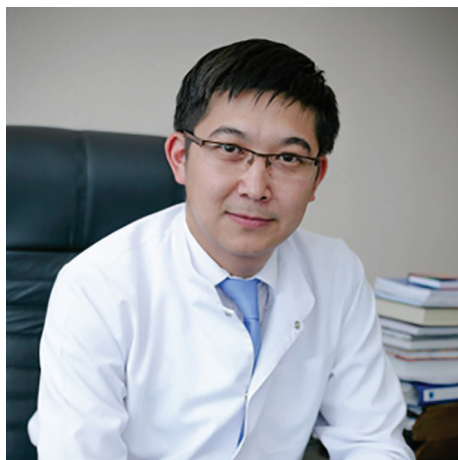
Своим опытом реализации проектов ГЧП в здравоохранении поделился генеральный директор сети клиничко-диагностических лабораторий «ОЛИМП» **Ерлан Сулейменов**. Как отметил г-н Сулейменов, на рынке ГЧП-проектов они работают с 2017 г. и реализуют 8 проектов, из которых половина – проекты по лабораторной диагностике, а вторая половина – собственно, «медицинские» – компьютерная томография (КТ), аллерго- и мама-центры. В региональном разрезе 4 проекта приходятся на Карагандинскую область, 2 – на Алматинскую и по 1-й на Павлодарскую и Костанайскую области. Причем в Костанайской это ГЧП-проекты «для галочки» – долгосрочная аренда площадей в 6-ти медучреждениях. В Актюбинской области сплошная волокита – 2 года продолжается согласование внутри акимата, также по различным причинам не идет реализация в Мангистауской области, СКО, Атырауской и Кызылординской областях. Таким образом, ГЧП-проекты в здравоохранении реализуются лишь в 3-х регионах из 17-ти.

Анализируя причины столь разного уровня развития ГЧП-проектов по регионам страны, г-н Сулейменов считает, что основная пробле-



Ерлан Сулейменов, генеральный директор сети клиничко-диагностических лабораторий «ОЛИМП»

Основная проблема – это руководители на местах: одни готовы привлекать частных инвесторов, другие – нет. В итоге, у них даже планов по привлечению нет



Канат Тосекбаев, генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК

Помощь может быть посредством предоставления акиматами помещений под лаборатории и упрощенных вариантов договоров с ФСМС – по факту оказания услуг, месячных контрактов и т.д.

ма – это руководители на местах: одни готовы привлекать частных инвесторов, другие – нет. В итоге, у них даже планов по привлечению нет. От людей зависит: если будут создаваться условия, появятся разработанные планы по привлечению частных инвесторов, то уже будут и конкретные сделки.

ЭКОНОМИКА ДОЛЖНА БЫТЬ...

Экономические аспекты стимулирования развития частного здравоохранения представил в своем выступлении президент Казахстанской ассоциации репродуктивной медицины (КАРМ) **Вячеслав Локшин**. Прежде всего, он обратил внимание на то, что административно-командные методы, которые хотят применить в здравоохранении, как в экономике в целом, все портят. Нужен нормальный тариф за пролеченного ковидного больного, и тогда частники сами купят необходимое оборудование, проведут необходимые ремонты зданий и т.д. А пытаться что-то отнять, то так даже на войне не поступают.

В результате небольшого опроса частных игроков были сформулированы следующие предложения со стороны частного сектора:

1. доступ к дешевому финансированию под 4-6% годовых, против 14-22% сейчас, за счет государственных гарантий под инвестиции в частный сегмент и/или субсидирования, в том числе, лизинга (сейчас он 17-23%) за счет АО «Казмедтех»;
2. кредитование без твердых залогов, даже под залог договоров с ФСМС / ГОБМП;
3. текущие тарифы не предполагают прибыли, хотя можно было бы хотя бы 5% заложить на прибыль и амортизацию. Ведь госклиники работают уже в построенных и оборудованных зданиях, а частники вынуждены строить все с нуля;

4. исключить практику прямых гострансфертов для госмедорганизаций – только через тарифы;

5. чтобы национальные экспертные советы решали, а не один чиновник / специалист – может / не может какая-либо медорганизация оказывать те или иные медуслуги. Текущие «левые» экспертные советы не дееспособны. Поэтому у нас госзаказ распределяется волонтаристски, чаще в пользу государственных игроков, «без разума». Экспертиза в медицине очень важна; если ты способен и можешь, т.е. имеешь кадры, медоборудование и к тому же опыт, то ты должен получать поддержку. Тогда государству не придется строить 16 клиник и привлекать стратегического инвестора, все сделают сами частные предприниматели;

6. начать приватизировать не стратегические клиники, определив «правила игры», в т.ч. мониторинг, что и сделали инвесторы. Приватизация позволила бы государству сильно сэкономить за счет исчезновения коррупции и квазигосударственных компаний, как СК-Фармация.

Рассматривая данные предложения, мы увидели, что из 6 аспектов 2 относятся к доступу к заемным средствам еще 2 к изменению тарифов – включения в них прибыли и амортизации, в том числе включения текущих гострансфертов. И по 1-му приходится на то, чтобы распределение госзаказов происходило не единолично каким-либо чиновником, а дееспособными национальными экспертными советами; и вопрос приватизации не стратегических клиник решался бы на условиях прозрачности и мониторинга выполнения обязательств.

При этом модератор встречи г-жа Ишбаева особо заострила внимание на важности вопроса «скрытого финансирования» государственных медорганизаций от МИО. По ее

оценкам, оно составляет в ПМСП (первичной медико-санитарной помощи) порядка 20-30%, что, на наш взгляд, вполне реалистично и включает закуп различной техники, погашение кредиторской задолженности, коммунальных обязательств и т.д. Поэтому совершенно справедливо требование «деньги на бочку», т.е. включение всех этих средств в тарифы за медуслуги, а значит, доступ к ним и частным игрокам. По ее мнению, это сняло бы текущие вопросы общества о том, куда делась деньги, выделенные на борьбу с пандемией? Если бы эти средства, в том числе «ковидные», были включены в тарифы на медуслуги для всех игроков, о чем просят частные игроки, то это сняло бы все подобные вопросы.

ЧТО НАПИШЕШЬ ПЕРОМ...

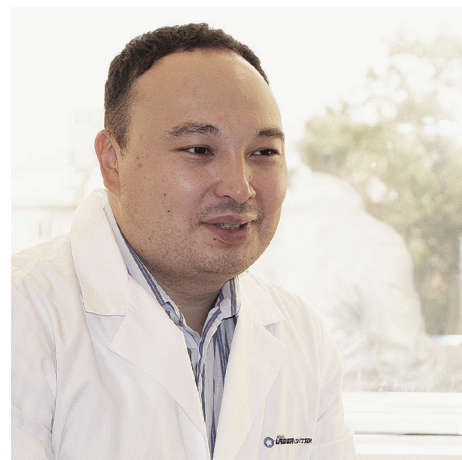
Ключевые вопросы изменения нормативно-правовой базы (НПБ) отразил в своем выступлении исполнительный директор ОИПЮЛ «Ассоциация Клиник Алматы» **Расул Дюисенов**. По его мнению, сотрудничество государства и частного бизнеса в здравоохранении могло бы развиваться по следующим 4-м направлениям – производство дезинфектантов, оборудования или снабжение заводов по производству медицинских масок, лабораторная диагностика как основа борьбы с КВИ; и провизорные инфекционные стационары при соответствующих тарифах.

Отмечая неповоротливость, сложность и неадаптивность законодательной базы по проектам ГЧП в здравоохранении, г-н Дюисенов выделил следующие ключевые вопросы:

- Не сложилась инфраструктура проектов ГЧП. С одной стороны, есть целый ряд государственных институтов – Казцентр ГЧП, СПК, которым дана возможность заниматься проектом ГЧП и др. Но подготовленных и ответственных кадров в МИО, которые могли бы

заниматься ГЧП-проектами, нет. Все «скидывают» на юристов, но у них не хватает знаний по экономической части и, в целом, по логике развития здравоохранения в регионе;

- Монополия поставки лекарственных средств в рамках ГОБМП и ОСМС «СК-Фармация». Эта система продемонстрировала свою полную несостоятельность в условиях быстро меняющейся обстановки в кризисной ситуации. Логична ликвидация СКФ, рынок уже сам выравнит ситуацию с дефицитом лекарств, и на рынке останется тот, кто шустрее, быстрее и дешевле будет предоставлять объёмы лекарств;
- Гарантии потребления по ГЧП-проектам. В здравоохранении это 591 приказ, по которому можно заключать договоры на 3 и 5 лет, но можно и на 1 год и на 2. Но частник, когда заходит в проект ГЧП, несёт ответственность и определённые затраты, и у него должны быть гарантии на получение объемов услуг. Необходимо этот механизм продумать и прописать;
- Текущий механизм регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медтехники мешает динамичному развитию нашей медицины. Сейчас этот вопрос решается в рамках не только национального законодательства, но и наднационального уровня ЕАЭС. Текущий механизм предполагает значительные бюрократические и коррупционные составляющие. При этом НАЦЭЛС очень сильно поднял цены на свои услуги в последнее время, не говоря уже о потерях времени. Логично признавать те лекарства, ИМН и медтехнику, признаваемую международными агентствами (ЕС и США), и регистрировать в РК ускоренно и без дополнительных затрат;



Расул Дюисенов, исполнительный директор ОИПЮЛ «Ассоциация Клиник Алматы»

Логично признавать те лекарства, ИМН и медтехнику, признаваемую международными агентствами (ЕС и США), и регистрировать в РК ускоренно и без дополнительных затрат

- Вопрос с кадрами и системой их подготовки. Надо возвращаться даже не в советскую систему медобразования, а в германскую. Надо убрать унизительные, бессмысленные сертификаты, а перейти на международные критерии, учитывать места получения навыков (англ. skillpoints) – баллы дополнительной подготовки, учет которых будут вести профильные организации.
- Свобода в прикреплении населения к объектам ПМСП. Потому что ПМСП – это в первую очередь территориальность. Это прописано в нормах ПМСП и в алматинской декларации. Пациент должен жить в доступном географическом радиусе, тогда ПМСП может оказывать эффективную помощь (планирование прививок, иммунопрофилактики, скрининги, профосмотры, ведение беременности и т.д.) и управлять здоровьем населения на вверенной территории. Свободное прикрепление сейчас можно просто решить в рамках добровольного медстрахования.

ИНФРАСТРУКТУРА И РАМКИ ДЛЯ ГЧП

Назгуль Узалина, директор департамента ГЧП НПП «Атамекен», в своем выступлении отметила, что озвученные проблемы находятся в повестке дня еще с 2017 г., но «воз и ныне там» ввиду слабой обратной связи от МЗ РК. В частности, она отметила, что единые перспективные планы (ЕПП), по распространенному мнению, ничем не регулируются, и это «хотелки» госоргана. Согласно анализу НПП, при разработке ЕПП главной проблемой выступает отсутствие четких определенных потребностей и видения отраслевого госоргана.

В части развития ГЧП она отметила, что здравоохранение – это вторая отрасль по развитию ГЧП, и в эксплуатации свыше 120 проектов. Основные проекты – это

оснащение медицинским оборудованием и активное открытие различных центров. Главную проблему в развитии проектов ГЧП она видит в некачественном структурировании проектов, что ведет к некачественным договорам и далее – к различным недомолвкам, а то и к судебным разбирательствам. Для решения данной проблемы НПП разрабатывает типовые решения совместно с МОН по отраслевым спецификациям. Первое типовое решение (строительство школ) находится на согласовании и сейчас разрабатывается специальное решение для сферы здравоохранения, по опыту Сбербанка России. Типовое проектное решение – качественно структурированный проект с понятной финансовой составляющей



Вячеслав Локшин, президент КАРМ

**Решением может,
... введение запрета
акимам строить
что-то более 1 тыс.
квадратных метров
без нахождения
частного инвестора**

и мерами господдержки, который удовлетворит как госорганы, так и частного инвестора. В рамках типового решения предлагается упрощение процедуры реализации проектов. Это будут небольшие региональные проекты, которые нужны в каждом регионе. Работа по разработке типового решения начата уже достаточно давно, но требуются вмешательство в нормативно-правовые акты и поддержка экспертного сообщества.

Вместе с тем г-н **Тосекбаев** не согласился с оценкой ЕПП как неадекватного инструмента оценки потребностей в медуслугах и перспектив его развития. Он отметил, что ЕПП в каждом регионе утверждается, с одной стороны, акимом области, а с другой – премьер-министром. Поэтому оценка потребности в медуслугах производится, и, следовательно, проблема не в ЕПП, а в его использовании и, в конечном итоге, в заинтересованности руководства региона.

Также г-н Тосекбаев обозначил логику ожидаемых предложений, которые выносятся на уровень руководства Фонда первого президента (А Исекешев) и далее на уровень Правительства, чтобы это всё быстро решилось. Круг решений выглядит примерно следующий:

- В части прикрепления населения к поликлинике он отметил «никудышный приказ (МЗ РК – прим. ред.), то, что руководитель управления распределяет (участки – прим. ред.) между поликлиниками», что создает риски для инвесторов в ПМСП. Поэтому логично внесение изменений в приказ МЗ РК, в закон «О ГЧП» или какую-то другую «нормативку».
- Вопросы в части изменения тарифов поменять не получится потому, что это вопросы долгосрочной перспективы, но можно рассмотреть аспекты со-оплаты со стороны населения.
- Процедуры закупки, например их непрозрачность, сроки согласова-

ния и т.д., которые можно быстро решить на уровне Правительства.

В части мотивации МИО решением может, по мнению г-на Локшина, введение запрета акимам строить что-то более 1 тыс. квадратных метров без нахождения частного инвестора. Также он отметил, что организационное развитие ассоциаций и объединение всей отрасли вокруг них возможно, если МЗ РК передаст им часть реальных полномочий и функций.

ГЕМАТОЛОГИЯ, ГЧП И КВИ

Председатель РОО «Казахстанское общество врачей-гематологов» **Ирина Пивоварова** кратко обозначила ряд проблем в ГЧП-проектах и в целом в медицине РК. Она основывалась на своем опыте проектов по развитию центров компетенций по гематологии в двух регионах страны – Карагандинской области (ГЧП-проект) и ВКО. Ответственность данного центра компетенции не в количестве пролеченных пациентов, а в показателях гематологической помощи по области в целом, т.е. в выявляемости и смертности. Видя развитие пандемии КВИ, мы готовились к работе в этих условиях. Поэтому уже в апреле мы организовали различные виды стационаров – мобильные на дому, чтобы тут же проводить химиотерапию, усилили дневные стационары, в т.ч. на один день. Мы работаем в стационаре, по сути являющимся инфекционной больницей, и внутри ее мы являемся гематологической спецклиникой. Мы нормально сотрудничаем с Карагандинской областной больницей и не остановили ни одну химиотерапию.

В ВКО совсем другая ситуация. Изначально этот проект не был нашей инициативой, нас пригласили местные власти, поскольку в регионе были большие проблемы с лейкозными больными. Мы проинвестировали большие средства

в оборудование нормальной современной клиники. Но сейчас у нас забрали помещение на период пандемии со ссылкой на обстоятельства форс-мажора. Почему отобрали? Потому что мы к каждой палате подвели кислород, автономную систему вентиляции с НЕРА-фильтрами (для тонкой очистки удержания микрочастиц – прим. ред.), отдельные санузлы и т.д. Нам рекомендовали переехать в другую клинику, где мы также организовали пространство для работы и также затратили средства, и теперь нас опять хотят переселить уже в третье место. А ведь за 5 лет, что мы работаем в ВКО, мы видели, как выделялись огромные средства на ремонт больниц, в т.ч. на вентиляцию, технику и т.д. Но когда пришла пандемия, оказалось, что ничего нет, и понадобилась именно наша клиника с ее ремонтом. Сейчас мы стоим перед вопросом, чтобы все это дело бросить. Чиновники что ли не понимают, что если мы откажемся от этой работы и закроем свой филиал в ВКО, смертей станет больше, т.к. люди будут умирать не только от ковида, но и от лейкоза, лечить который могут только профильные специалисты. Поэтому в проектах ГЧП критична ответственность государства, а ответственность частного игрока должна быть не за количество пролеченных случаев, а за конечный результат.

В части тарифообразования она поддержала ранее выступавших спикеров в том, что тарифы должны быть адекватными и включать все фактические расходы и привела пример из онкологии. Комплексный план по развитию онкологии в стране существует уже несколько лет, но никаких значимых прорывов нет. В частности, была заложена закупка большого количества медоборудования, в том числе для лабораторий, но массовой диагностики нет. Было бы лучше предоставить адекватные тарифы, и тогда те же частные лабораторные сети,

которые быстро развили сеть ПЦР-лабораторий по стране, уже через 2-3 месяца создали бы у нас молекулярно-диагностическую диагностику без огромных затрат госсредств на «железо».

По методологии планирования предоставления медицинской помощи населению г-жа Пивоварова отметила её отсутствие и указала на логичность передачи данной функции от плательщика (ФСМС – прим. ред.) в собственно отраслевой институт – РЦРЗ (при развитии его интеллектуальных ресурсов), чтобы сделать методику и процесс прозрачными и основанными на реальных потребностях.

Также она отметила пагубность планов, озвучиваемых руководством МЗ РК, о введении руководителей служб по различным направлениям медицины. По ее мнению, это отбросит развитие медицины назад, так как поставит развитие различных направлений в зависимость от капризов и заблуждений отдельных людей, повысит коррупционные риски и т.д. Логично развитие нормальных экспертных советов, как в развитых странах мира.

Эксперт в области ГЧП **Арман Тлеубаев** ключевой проблемой развития частного сектора в здравоохранении называет то, что у нас нет понимания, куда мы идем и какую строим медицину? Будет ли она полностью частная или это будет смешанная отрасль, или какие-либо сектора будут переданы в госответственность, а какие-то в частную? В условиях, когда доля частного сектора в оказании медуслуг уже составляет 30%, то до каких пределов чиновники позволяют его развивать, является весьма важным фактором для инвесторов.

В свою очередь, по мнению г-на Тлеубаева, это порождает и последующие проблемы. Например, ЕПП, утверждаемый областным акимом и премьер-министром, не связан с деньгами для этого региона, которыми распоряжается ФСМС.



Райхан Мамырова,
президент АЛМЭ

Расширению лабораторных мощностей по ПЦР-тестам способствовало бы разрешение проводить их лабораториям с 3-4-й группами патогенности

ЛАБОРАТОРИИ И ОСЕНЬ

Интересное мнение высказали эксперты о мерах по наращиванию лабораторных мощностей на осень ввиду ожидаемого роста потребностей. Г-н Тосекбаев полагал, что помощь может быть посредством предоставления акиматами помещений под лаборатории и упрощенных вариантов договоров с ФСМС – по факту оказания услуг, месячных контрактов и т.д.

По словам же г-на Сулейменова, некоторые МИО ограничивают количество тестируемых в частных лабораториях, на которые они не могут повлиять, чтобы не портить статистику. Поэтому вопрос надо решать и в данном аспекте. В части помещений у акиматов, на примере Павлодарской и Северо-Казахстанской областей, нет возможности их предоставления, так как их просто не хватает. Ведь лабораториям 2-й группы патогенности нужны 2 входа, чтобы не контактировать с другими подразделениями. Действенным фактором он назвал включение в тариф элемента за сервис, что, например, определяет планы КДЛ «Олимп» увеличить мощности лаборатории в г. Алматы с 2 до 5 тыс. тестов в день. Если бы в тариф включили амортизацию, то это позволило бы еще больше увеличить мощности лабораторий.

В свою очередь, по мнению президента Ассоциации лабораторной медицины и экспертиз («АЛМЭ») **Райхан Мамыровой**, расширению лабораторных мощностей по ПЦР-тестам способствовало бы разрешение проводить их лабораториям с 3-4-й группами патогенности.

ТРИ КИТА ДЛЯ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Резюмируя актуальные вопросы развития частного сектора в здравоохранении РК, можно выделить три их ключевые группы – ГЧП, тарифообразование и распределение госзаказа между игроками.

Во-первых, в части ГЧП в здравоохранении выделяется ряд системных проблем – низкий уровень специалистов и договоров, в том числе и по обязательствам госсектора. Этот вопрос в принципе решаем за счет типовых проектных решений, разрабатываемых НПП. Однако данный инструментарий может не сработать из-за нежелания областных акиматов развивать ГЧП. Наши чиновники могут активно саботировать, что видно на примере «100 конкретных шагов», которые вроде и делаются, а результатов немного... Ввести новый КРІ по развитию ГЧП в регионе для областных акимов? Но КРІ и так уже много, и новый будет обладать слишком небольшим весом в общем количестве. Изменить ситуацию могла бы выборность акимов, но это вопрос не быстрый...

Во-вторых, не менее важным вопросом является тарифообразование. Здесь выделяется следующий аспект: адекватные тарифы позволят государству экономить расходы на основные средства и самое главное – время за счет аутсорсинга различных услуг частным партнерам. Для адекватности тарифов требуется включение в них расходов на амортизацию и прибыль. При этом источником могут быть средства «скрытого финансирования» со стороны МИО государственных медучреждений и экономия за счет развития аутсорсинга – по нашим оценкам, это 150-180 млрд тг.

В-третьих, распределение госзаказа между медучреждениями, планирование инфраструктуры и потребления. Здесь, с одной стороны, критично развитие экспертных советов, чтобы они распределяли госзаказ между игроками по четким, понятным и прозрачным процедурам, а не чиновники, как сейчас. С другой, требуется интеграция вопросов планирования развития инфраструктуры (ЕПП разрабатывают МИО) и потребления (ФСМС) для формирования более адекватных планов.

КВИ И СТРАХОВАНИЕ: ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

Текст: Талгат Ергалиев



Российский исследовательский холдинг «Ромир» и Gallup International изучили мнение жителей разных стран на тему коронавируса COVID-19 и событий, связанных с пандемией. Казахстанцы оказались большими ковид-диссидентами, чем это можно было представить. Впрочем, вопрос неверия в проблемы и пути их решения стоит не только перед медиками, но и, например, страховщиками. Может, им объединить усилия?

Мониторинг стартовал в марте, в апреле была проведена вторая волна исследования, а в июне – третья. Опрошено почти 19 тыс. человек в 19 странах.

Согласно третьему опросу, респонденты стали чаще считать угрозу COVID-19 преувеличенной. Их доля в июне по сравнению с апрелем возросла с 33% до 41%, при этом оказавшись ниже мартовского значения в 49%. Больше всего ковид-диссидентов по июньскому опросу оказалось в Боснии и Герцеговине (66%), **Казахстане (61%)**, Молдавии и Болгарии (по 58%), меньше всего их – в Великобритании (15%), Южной Корее (15%) и Японии (18%).

Еще один вопрос касался опасности заболеть коронавирусом. По сравнению с апрельской волной исследования, опрошенные стали меньше беспокоиться о себе и своих близких, процент ответивших таким образом в июне уменьшился с 75% до 67%. Опасения респондентов вернулись к мартовским значениям. Больше всего боятся заражения в Южной Корее (86%) и на Филиппинах (84%), меньше всего – в Австрии (42%), **Казахстане (46%)** и Болгарии (51%).

По данному исследованию казахстанцы показали себя как одни из наиболее неверящих в серьезность угроз пандемии. Более наглядно это видно из нижеследующих таблиц, в которых приведены подробные цифры по опросу за март 2020 года (наиболее доступные подробные данные) – по выборке стран, часто посещаемых казахстанцами, что на бытовом уровне сильно облегчает сравнение (таблицы 1-5).

Так, по двум основным рассмотренным выше вопросам казахстанцы вы-

Таблица 1. Оценка преувеличения угрозы коронавируса

Страны	Выборка, чел.	Я верю, что угрозу коронавируса преувеличивают				
		Совершенно согласен	Согласен	Не согласен	Совершенно не согласен	Не знаю
Австрия	1000	6%	15%	34%	41%	5%
Болгария	604	36%	36%	16%	11%	1%
Германия	1000	20%	38%	26%	12%	5%
Италия	1000	10%	19%	31%	36%	4%
Турция	1000	8%	42%	38%	8%	5%
Армения	1102	27%	37%	19%	12%	5%
Казахстан	500	16%	44%	30%	2%	8%
Россия	1000	18%	36%	29%	8%	10%
Южная Корея	801	8%	24%	44%	22%	1%

Источник: The Coronavirus: A Vast Scared Majority Around The World. Gallup International Association. Апрель-июнь 2020 г.

Таблица 2. Оценка преувеличения угрозы коронавируса

Страны	Выборка, чел.	Я боюсь, что я или кто-то из членов моей семьи могут заразиться коронавирусом				
		Совершенно согласен	Согласен	Не согласен	Совершенно не согласен	Не знаю
Австрия	1000	23%	41%	27%	7%	2%
Болгария	604	28%	34%	18%	20%	0%
Германия	1000	15%	31%	33%	17%	4%
Италия	1000	52%	38%	7%	2%	1%
Турция	1000	15%	52%	25%	6%	2%
Армения	1102	31%	28%	19%	20%	2%
Казахстан	500	10%	43%	34%	9%	4%
Россия	1000	29%	39%	17%	8%	7%
Южная Корея	801	42%	45%	11%	2%	0%

Источник: The Coronavirus: A Vast Scared Majority Around The World. Gallup International Association. Апрель-июнь 2020 г.

Таблица 3. Оценка преувеличения угрозы коронавируса

Страны	Выборка, чел.	Я думаю, что Правительство успешно противостоит коронавирусу				
		Совершенно согласен	Согласен	Не согласен	Совершенно не согласен	Не знаю
Австрия	1000	50%	38%	7%	3%	2%
Болгария	604	26%	34%	17%	20%	3%
Германия	1000	7%	40%	29%	15%	9%
Италия	1000	19%	53%	18%	8%	1%
Турция	1000	12%	57%	15%	6%	9%
Армения	1102	33%	40%	13%	9%	5%
Казахстан	500	8%	54%	17%	7%	15%
Россия	1000	12%	37%	22%	14%	15%
Южная Корея	801	33%	41%	17%	9%	0%

Источник: The Coronavirus: A Vast Scared Majority Around The World. Gallup International Association. Апрель-июнь 2020 г.

ступили одними из самых активных ковид-диссидентов среди рассмотренных стран, показав наибольший процент ответивших утвердительно на вопрос о преувеличении угрозы COVID-19: 44% согласны, еще 16% совершенно согласны (таблица 1).

Причем на вопрос «Я боюсь, что я или кто-то из членов моей семьи могут заразиться коронавирусом» процент выбравших ответ «Не согласен» (34%) оказался в Казахстане наибольшим среди стран, принявших участие в исследовании (таблица 2). И это неверие в марте уже в июне полностью отрицается казахстанцами, судя по их постам и комментариям в соцсетях, разговорам в своем кругу.

Неверие казахстанцев распространяется и на действия правительства. При этом с крайне небольшим процентом респондентов, полностью доверяющих действиям властей по противо-

действию вирусу – всего 8%, соотносится и сравнительно большая доля неопределившихся – 15% (таблица 3). Эта часть населения, вероятно, наиболее подвержена воздействию различных фейков, непрофессиональных и спекулятивных мнений, вирусным способом распространяющихся в соцсетях и мессенджерах.

Сравнительно негативно отношение казахстанцев и по карантинным мерам. Так, на вопрос об эффективности самоизоляции трое из пяти (57%) ответили отрицательно, что, впрочем, соответствует и настроениям в ряде других стран – России, Турции, Армении (таблица 4).

Несмотря на то, что примерно та же доля (трое из пяти) в целом согласна с ущемлением своих прав при предотвращении распространения коронавируса, Казахстан показал как один из наименьших показателей по ответу

«Совершенно согласен» – 8%, так и один из наибольших по ответу «Не согласен» – 19% (таблица 5). А сравнительно высокая доля неопределившихся (11%) также составляет «электорат» для сеющих панику и недоверие.

С ЧЕМ ЖЕ СВЯЗАНО ТАКОЕ НЕВЕРИЕ КАЗАХСТАНЦЕВ К ПАНДЕМИИ?

Для более точных ответов на такой вопрос безусловно необходимы время и дополнительные, более глубокие опросы.

Пока же навскидку можно указать некоторые лежащие на поверхности причины:

- недоверие официальной информации, накладываемое на общее недоверие к госорганам;
- популярность конспирологических теорий и их активное распространение в интернете, что отчасти связано со следующей причиной:
- неумением работать с большими объемами разной и противоречивой информации, здесь проглядывает и общемировой тренд превалирования в оценке ситуации «клипового мышления», что дополнительно усиливается рассылками в ватсапе от знакомых;
- «не верим, пока нас не коснется»;
- иждивенческие настроения («в случае чего нам помогут»).

Таблица 4. Оценка преувеличения угрозы коронавируса

Страны	Выборка, чел.	Защитят ли вас от вируса самоизоляция и ограничение социальных контактов?	
		Нет	Да
Австрия	1000	10%	90%
Болгария	604	42%	58%
Германия	1000	57%	43%
Италия	1000	7%	93%
Турция	1000	89%	11%
Армения	1102	61%	39%
Казахстан	500	57%	43%
Россия	1000	65%	35%
Южная Корея	801	15%	85%

Источник: The Coronavirus: A Vast Scared Majority Around The World. Gallup International Association. Апрель-июнь 2020 г.

Таблица 5. Оценка преувеличения угрозы коронавируса

Страны	Выборка, чел.	Я готов на ущемление человеческих прав, если это предотвратит распространение вируса				
		Совершенно согласен	Согласен	Не согласен	Совершенно не согласен	Не знаю
Австрия	1000	59%	36%	3%	2%	1%
Болгария	604	54%	29%	7%	9%	1%
Германия	1000	24%	47%	14%	8%	6%
Италия	1000	61%	32%	4%	2%	1%
Турция	1000	15%	61%	18%	4%	2%
Армения	1102	59%	28%	4%	4%	5%
Казахстан	500	8%	59%	19%	3%	11%
Россия	1000	16%	44%	21%	7%	13%
Южная Корея	801	21%	59%	15%	3%	1%

Источник: The Coronavirus: A Vast Scared Majority Around The World. Gallup International Association. Апрель-июнь 2020 г.

К опасным последствиям недоверия к получаемой по КВИ информации можно отнести такие, как: игнорирование налагаемых властями ограничений, несоблюдение профилактических мер на личном уровне, самолечение.

ЕСТЬ БЛИЖАЙШИЙ АНАЛОГ КОВИД-ДИССИДЕНТСТВА

Это так называемый низкий уровень страховой культуры казахстанцев.

Не секрет, что, несмотря на более чем 20-летнюю историю страхового рынка и его постепенное развитие и рост количественных показателей, собственно добровольное страхование населения находится на крайне низком, по сравнению с международными аналогами, уровне.

Отсутствие открытых данных по страхованию именно физических лиц не позволяет увидеть полную картину, поэтому ниже приведены цифры по двум видам личного страхования, в сравнении пятилетнего периода 2014-2019 годов по крайним датам.

Так, по премиям по страхованию жизни от резидентов на душу населения получились следующие данные:

- за 2014 г. – 1404 тенге или \$7,70;
- за 2019 г. – 4098 тенге или \$10,71;
- рост в тенге за 5 лет в 2,9 раза;
- рост в долларах США за 5 лет на 39%;
- при этом рост рынка по страхованию жизни в 2014-2019 гг. – в 3,1 раза.

По премиям по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) от резидентов на душу населения сложились

такие цифры:

- за 2014 г. – 1211 тенге или \$6,64;
- за 2019 г. – 1427 тенге или \$3,73;
- рост в тенге за 5 лет на 1,3%;
- снижение в долларах США за 5 лет на 44%;
- при этом рост рынка по страхованию жизни в 2014-2019 гг. – в 1,4 раза.

Видно, что прогресс за пять лет есть только по страхованию жизни, а вот по медстраховкам наблюдается даже снижение показателей. Здесь важно понимать следующие особенности этих двух видов страхования.

Страхование жизни – это частично вмененное страхование, например, как обязательный пункт при взятии ипотеки. Еще одним из важнейших стимулов прибегнуть к нему является получение инвестиционного дохода, на чем, кстати, часто делают акцент страховщики.

А в ДМС подавляющую долю составляет фактически корпоративное страхование, где страховки оплачивают работодатели, а бенефициарами выступают работники. Медстраховка, таким образом, выступает частью компенсационного или социального пакета, при этом: выбор страхового продукта осуществляет компания, а не конечный клиент; использование страховки сопряжено с причинами освобождения от работы, что влияет на частоту ее использования.

В обоих случаях внимание к собственному здоровью и безопасности,

медицинские аспекты лечения выступают вторичными причинами и мотивацией.

Неизвестно, проводились ли опросы по причинам приобретения (или такой возможности) полисов по личному страхованию. Но можно предположить, что среди отрицательных ответов, помимо вопросов платежеспособности клиентов, с одной стороны, и дороговизны страховых полисов, с другой, будут и следующие:

- невысокое качество услуг со стороны медорганизаций;
- неверие в страховую медицину;
- «зачем заранее тратиться на лечение»;
- «когда заболею, тогда и буду решать проблему».

В части потенциальных ответов страхователей можно найти такое же неверие, недостаточное внимание к личной безопасности и здоровью, в том числе членов семьи, размытую ответственность за эти вопросы. То же самое, что через эпидемию коронавируса, как через лакмусовую бумажку, проявляется сегодня в мышлении, настроении и мотивации повседневных поступков казахстанцев.

Это – пересечение интересов медиков и страховщиков относительно пациентов и клиентов. Причем, в этом пересечении лежат глубинные аспекты, завязанные на менталитет, привычки, общественное и обыденное мнение, предрассудки и страхи, хотя в данном случае, скорее, отсутствие страха.

В этом пересечении медики и страховщики могли бы вместе поработать на уровне подачи и распространения информации, консультаций и разъяснений, западного пиара и советской пропаганды. Одни – перестав рассматривать людей как безмолвный прикрепленный контингент, другие – как только платежеспособного клиента. Медики и страховщики могли бы объединить усилия по созданию и закреплению в общественном сознании нового паттерна, идеологии – заботы о собственном здоровье в духе «позаботиться об этом самим, здесь и сейчас». И момент для этого выдался более чем подходящий.

«ТОТАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ» ИЛИ ЧТОБЫ ОСЕНЬ НЕ БЫЛА ЖЕСТОКОЙ...



Быстрое распространение коронавирусной инфекции (КВИ) поставило систему здравоохранения на грань обрушения. Осень, с ее сезонным похолоданием и «традиционными» эпидемиями, вероятно будет еще более жесткой. В этой связи, представляем вашему вниманию интервью с Председателем Наблюдательного совета ТОО «Салауатты Астана» Лейлой Ишбаевой о некоторых мерах, которые позволят уменьшить негативные последствия КВИ в системе здравоохранения и обществе в целом.

Текст: Марат Каирленов

Что нам необходимо делать, чтобы выправить ситуацию сейчас и подготавливаться к осенне-зимнему сезону?

Я буду говорить избитые банальные истины, простите, но без этого никак не обойтись. К сожалению, те системные проблемы, которые были в нашей отрасли до прихода КВИ, а это и крайняя не-до-финансированность (мы занимаем 90-ое место в рейтинге стран по уровню расходов на здравоохранение на душу населения), и патерналистская парадигма (восприятие пациента как объект воздействия, а не субъект взаимодействия, что порождает, в том числе, отсутствие солидарной ответственности за свое здоровье со стороны каждого гражданина), и беспрецедентно широкий объем гарантий бесплатной помощи (попробуйте, например, в Англии вызвать врача на дом, это недоступная роскошь), а самое главное – катастрофическая ситуация с медицинскими кадрами. Эти проблемы ведь не только никуда не делись, они приобрели гротескный характер. Сейчас наша система здравоохранения напоминает мне вокзал какого-нибудь провинциального индийского городка, пусть меня простят за такие сравнения. Все смешалось – «...кони, люди...», хаос, броуновское движение и паника. Както мы еще находим свои пути для выживания, но это однозначно, не способ выживания системы здравоохранения.

Чтобы система здравоохранения могла функционировать и справляться с пандемией КВИ, нам надо «индийский вокзал» незамедлительно трансформировать если не в «немецкий аэропорт», то хотя бы в обычный аэропорт, где все движется быстро, четко и эффективно. Для этого необходимо принять и осуществить ряд управленческих решений как на уровне отрасли, так и общества в целом.

СИСТЕМА «ВВЕРХ НОГАМИ»

О каких решениях идет речь?

Условно я бы разделила решения на 3 больших блока: идеология, текущие процессы и системные меры.

Давайте начнем с текущих процессов. Только спустя несколько месяцев мы смогли осознать, что наша система борьбы с КВИ выстроена «вверх ногами», и наше изначальное стремление максимально локализовать инфицирование, когда любого контактного или пациента с простым «чихом» сразу везли в инфекционные стационары, и закрывали там на 14 дней, оказалось неэффективным. С третьей декады января инфекционные стационары уже несли свою боевую вахту в полную силу, при том, что первые верификации начались только в марте. Представьте, в течение 2 месяцев холостого надевания комплекта СИЗ (средства индивидуальной защиты – прим. ред.) и 6-12-ти часовые дежурства, это не просто огромные ненужные расходы, это самое главное – «усталость металла» – сотрудники инфекционных стационаров морально и физически выдохлись от месяцев работы и жизни в таких условиях. При этом, именно из них нужно было сформировать тогда методические обучающие локальные группы, и использовать их потенциал на формирование высокого стандарта инфекционной безопасности и тактики лечения на уровне амбулаторного звена. Это время в принципе должно было быть использовано на перегруппировку всех ресурсов, но теперь надо исходить из реалий сегодняшнего дня, а не спекулировать сослагательным наклонением.

В итоге, в течение нескольких месяцев борьба с КВИ у нас лежала в основном на плечах инфекционных и провизорных стационаров с их порядка 6 тысячами койко-мест и 3-4 тысячами медицинских работников. И поэтому мы сейчас получили там закономерный коллапс. В первых нормативных актах по КВИ ведь даже не упоминалась первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), а если и упоминалась, то вскользь, и как «пятое колесо телеги». Все вдруг забыли о том, что именно «первичка» – фундамент, основа, базис любой системы здравоохранения, ведь у нас около 30 тысяч врачей общей практики, т.е. почти в 10 раз больше, чем инфекционистов, но при этом мы оказались как бы не задействованными, в стороне, без необходимых ресурсов для борьбы с КВИ. Уже с начала марта мы стали бить тревогу, пытались обратить внимание на этот перекося. Ассоциация организаций ПМСП во главе с нашими глыбами Рахыпбековым Т.К. и Абзаловой Р.А. на разных уровнях вновь и вновь доказывали то, что не требует доказательств, ведь в стационар в любой стране мира попадают те, кому по тем или иным причинам не помогли амбулаторно. Это аксиома.

Когда все начиналось, были разные прогнозы по количеству инфицированных, и вся страна вела счет каждого подтвержденного случая. Тогда полагали, что у нас заболеют КВИ лишь не-

сколько тысяч человек, и до выхода из весеннего локдауна сложилось ощущение, что мы справились. Но пандемия не прощает «головокружения от успехов», и уже даже ежу, т.е. самому махровому оптимисту, понятно, что «переболеем все», поэтому нужна стратегия тотальной борьбы с КВИ. Это война, и действовать нужно как на войне, и здесь мы четко видим три линии обороны: «домашние стационары», амбулаторная помощь и, собственно, стационары. Только выстроив эти три линии, мы сможем победить любую заразу.

Стационарной помощью должны быть охвачены пациенты с КВИ, которым требуется кислородная поддержка, а также те, у кого есть тяжелая сопутствующая патология, и это означает, что каждое койко-место в стационаре должно быть обеспечено доступом кислорода, а это ведь не только ИВЛ (искусственная вентиляция легких – прим. ред.). Кроме того, никто ведь «не отменял» прежних болезней – инфарктов, инсультов, онкологических заболеваний и плановой хирургической помощи. Эти пациенты ведь тоже не могут бесконечно ждать, пока мы победим вирус, многим нужна помощь здесь и сейчас. Но провести четкую ватерлинию между инфицированными и нет мы не можем, поэтому все стационары становятся условно провизорными, и это очень непросто, крайне непросто, и требует колоссальных ресурсов.



Сейчас наша система здравоохранения напоминает мне вокзал какого-нибудь провинциального индийского городка, пусть меня простят за такие сравнения

Именно поэтому основная нагрузка по борьбе с эпидемией должна лечь на первые две линии – стационары на дому и амбулаторное звено, и это не только в части профилактики и лечения легких форм КВИ. Наша ключевая задача – не допустить, чтобы пациент «затяжелел» и попал в стационар, держать оборону по законам военного времени.

Самый простой подход для пациентов с бессимптомной или легкой формой – это организация «дистанционных домашних стационаров», когда пациента полностью ведут онлайн, но при этом он обеспечен всем необходимым. Например, в Южной Корее, если вы почувствовали недомогание, вы звоните в единый колл-центр, говорите свои симптомы доктору, а через полчаса у себя под дверью вы обнаружите коробочку, в которой все необходимые лекарства и четкая инструкция к ним. Делай то-то и то-то, вот это пей, это мажь, это втирай, это вдыхай и т.д. И здесь очень важна доставка таких «волшебных коробочек» заболевшим «до двери», например, при помощи волонтеров и т.д., чтобы не создавать ненужный хаос и ажиотаж в аптеках, которые у нас сейчас стали настоящим полем битвы и перекрестного заражения. Надо разорвать этот порочный круг. Если заболел, вот тебе под дверь пакет с лекарствами, средствами защиты, градусником и пульсоксиметром, в случае необходимости, а самое главное – онлайн-консультации, т.е. организованный полноценный стационар на дому.

А пакеты с лекарствами за чей счет?

Для социально уязвимых слоев населения за счет государства. Для остальных – платно, но надо предусмотреть вариант, что этот пакет можно получить, например, в долг. В любом случае, даже если всех обеспечивать централизованно и в соответствии с действующими протоколами диагностики и лечения, это снизит риски бесконтрольного приема препаратов, использования сомнительных лекарств,

и по факту окажется намного дешевле, чем лечить человека в стационаре, или платить по 42,5 тысяч тенге в случае затянувшегося локдауна.

Как человек с 7-летним опытом работы в фармдистрибуции, я думаю, что сейчас можно сформировать средний пакет домашнего стационара в пределах 12-15 тысяч тенге, если провести закупки открыто, прозрачно и без любимого «схематоза».

ПМСП или «ВРАГ НЕ ПРОЙДЕТ»!

Что же дальше, на амбулаторном этапе?

Организации первичной помощи и до пандемии были крайне перегружены работой, ведь у нас практически необъятный функционал, включая, например, наблюдение беременных женщин, детей, пациентов с хроническими заболеваниями, обеспечение профилактики, диагностики, лечения и реабилитации на амбулаторном этапе, а ведь никто эти обязанности с нас не снимает во время пандемии. Кроме нашей рутинной работы с «не ковидным» населением, у ПМСП сейчас несколько основных задач при борьбе с КВИ: дистанционная поддержка, дневные стационары, неотложная помощь и динамический мониторинг прикрепленного населения.

Здесь нам нужно выстроить второй рубеж обороны, когда пациенты, заслуживающие внимания, ведутся амбулаторно. Что для этого нужно? Нужны четкие и понятные алгоритмы триажа пациентов, т.е. сортировки. И основаны они должны быть на анализе именно тяжелых форм и летальных исходов, а не эмоций и истерии. Так, например, появились литературные данные о том, что пациенты с 0 (I) αβ группой крови в среднем на 25% меньше подвержены риску развития тяжелых форм КВИ, чем другие пациенты, а люди с A (II) β группой наоборот чаще нуждаются в кислородной поддержке. Так дайте нам четкие параметры наблюдения тех или иных групп пациентов, например, мужчины старше 65 лет с сопутствующим сахарным диабетом, второй группой крови, и сатурацией (напряжение

кислорода в крови, уровень насыщения O₂, определяется пульсоксиметрией) менее 92% – уровень тревожности на ПМСП красный. Нужен четкий опросник, стандартный алгоритм, понятные и единые для всех скрипты. Независимо от того, находится ли пациент в горах Катон-Карагая или центре столицы, мы должны работать, как аэропорт, помните, то есть четко, слаженно, единообразно.

Это касается и работы единого информационного ресурса, колл-центров, служб поддержки пациента, страничек социальных сетей, мессенджеров, где 90% вопросов стандартные и не требуют каких-то особых ответов. Понятные, четкие схемы самодиагностики (ответить на 5-7 стандартных вопросов, оценить свое состояние, провести дыхательный тест, вести дневник самонаблюдения и т.д. и т.п.), самопомощи или помощи в семье, близкому окружению, я думаю, доступны большинству взрослых и адекватных людей. В случае, если пациенту из группы риска требуется подключение инфузионной, антибактериальной или антикоагулянтной терапии в условиях дневного стационара, а также мониторинг основных показателей и коррекция сопутствующих заболеваний, эпизодическая кислородная поддержка, методы ранней реабилитации и т.д. и т.п., в каждой организации ПМСП должны быть развешены условно-провизорные дневные стационары с четкими опять же алгоритмами диагностики и лечения, логистикой пациентов, деревом решений тех или иных задач. И их не нужно выдумывать, все давно уже имеется – протоколы диагностики и лечения вирусных заболеваний, пневмоний и особо опасных инфекций. Не нужно изобретать велосипед. В свое время система санитарно-эпидемиологического наблюдения в нашей стране была одной из лучших в мире, у нас есть опыт борьбы и с чумой, и с холерой, и с другими смертельными инфекциями. Так почему же сейчас мы находимся в ступоре и коллапсе, ведь за 3 месяца вышло 40 постановлений! Мы с коллегами не успевали изучить один норматив-

ный акт, как уже выходил новый. Взять за основу имеющиеся протоколы, дополнить их новыми рекомендациями на основе последних научных данных, а также лучшими мировыми практиками – вот и все. Представляете себе какую-нибудь крупную успешную корпорацию, например, концерн Тойота. Если допустить мысль, что в условиях кризиса управленцы меняли политику в течение последнего квартала 40(!) раз, то, скорее всего, до следующего квартала компания не доживет. А мы выживаем, и еще как-то обеспечиваем помощь.

Следующий аспект – это неотложная помощь и выездные бригады. Я называю это пакетными решениями. На основе четкого триажа пациентов формируются пакеты помощи. Другими словами, если ты бессимптомный молодой человек с 1-ой группой крови, положительной динамикой (или отсутствием объективной отрицательной) и без сопутствующих заболеваний – неотложная помощь или выездная бригада к тебе не придут. Тебе не сделают незамедлительно компьютерную томографию легких и тест на КВИ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (о диагностических алгоритмах поговорим ниже). Не сделают, по крайней мере, прямо сейчас. И точка. Пациентоцентрированность, клиентский сервис и прочие нежности – непозволительная роскошь в условиях пандемии. Не больше и не меньше, как в аэропорту (который экстренно трансформируется из индийского вокзала) или на борту самолета в зоне турбулентности. Четкие стандарты безопасности и эффективности единообразные и понятные для всех и каждого. Выездные бригады придут только к тем пациентам, кто заслуживает внимание, и для решения конкретной задачи по диагностике или лечению, а не просто так, поговорить.

Теперь немного о диагностической истерии. Только сегодня потратили с коллегами более 3-х часов (!) для ответа на жалобу одного молодого человека, который дошел до Папы Римского, чтобы заявить о нашем нежелании провести ему бесплатно повторный (!) тест

Как человек с 7-летним опытом работы в фармдистрибуции, я думаю, что сейчас можно сформировать средний пакет домашнего стационара в пределах 12-15 тысяч тенге, если провести закупки открыто, прозрачно и без любимого «схематоза»

ПЦР перед выходом на работу. У него была абсолютно бессимптомная форма, КВИ была выявлена случайно при обследовании контактных лиц, он провел в общей сложности почти 20 дней в самоизоляции без терапии, и теперь работодатель потребовал принести результаты теста. Вопиющий случай, который демонстрирует несколько системных ошибок. Ни для кого не секрет, что диагноз КВИ выставляется на основании лабораторных, инструментальных и клинических данных. Сейчас наиболее распространены лабораторные тесты на основе методов полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуноферментного (ИФА) и иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА), а также экспресс-метод определения антител. Не хочу вдаваться в подробности, но доктора уже четко знают, что каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки, особенности забора материала и свои «слепые» зоны. Вот, например, в случае с вышеупомянутым молодым «занудой», спустя почти 20 дней после начала заболевания мы не обнаружим у него в носоглотке вируса даже при всем желании, от слова ВСЕМ, а ведь именно оттуда берется биоматериал на ПЦР. Так зачем загружать и так работающие

за гранью возможностей лаборатории такими бестолковыми исследованиями? Справедливости ради нужно сказать, что у части пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью, даже у тех, кто погиб от тотальной пневмонии при жизни получаем несколько отрицательных результатов тестов ПЦР. Почему? Да потому что забор материала идет из носоглотки, а вирус давно уже «спустился» в бронхо-легочное дерево, и брать материал на исследование по логике нужно бронхоскопом, на что никто не пойдет в условиях, например, ИВЛ. Или вопрос массового скрининга, когда предлагается делать исследование всем без исключения. Зачем? Человек сдаст анализ, но при этом в очереди на тестирование заразится КВИ при несоблюдении дистанции или мер предосторожности. Мы же не можем делать ПЦР исследования всем каждый день или через день. Другой вопрос, что титр антител при ИФА дает нам представление о сформированном иммунитете и условной дате, когда пациент перестает быть «заразным», и становится потенциальным донором целительной плазмы, спасающей жизни других людей. Вот эти диагностические критерии и нужно вводить в протоколы. Мои дорогие коллеги пришли к этому



Как человек с 7-летним опытом работы в фармдистрибуции, я думаю, что сейчас можно сформировать средний пакет домашнего стационара в пределах 12-15 тысяч тенге, если провести закупки открыто, прозрачно и без любимого «схематоза»

эмпирическим путем. Так, например, руководитель «Центра онкологии и гематологии», Председатель правления РОО «Казахстанское общество врачей гематологов» Ирина Алексеевна Пивоварова ввела внутренний стандарт, при котором на работу в стационар с онкогематологическими пациентами допускается переболевший персонал при определенном уровне антител к КВИ, что очень логично и показательно. Надо и нам пересмотреть нормативный акт в части диагностических алгоритмов с учетом здравого смысла и оптимизации процессов, а не в угоду производителей тест-систем.

Касательно массового скрининга компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки та же ситуация, где сложился жутчайший дефицит услуг, тем более простым приобретением аппаратов КТ проблему не решить. У нас ведь бытует заблуждение, что койко-места лечат сами по себе, анализаторы делают анализы, а аппараты КТ диагностируют КВИ сами собой. А вот и «нетушки». Спешу разочаровать тех, кто думает, что за деньги можно решить все проблемы. Купить готового специалиста нельзя, их просто не продают в магазинах. Снимок должен прочитать врач, причем настолько квалифицированный, чтобы определить эту самую опасную ситуацию. Доля поражения легких, определяемая на томограмме, является сейчас косвенным диагностическим триггером настоящей или потенциальной тяжести состояния. Почему косвенным, а не прямым? Да потому что даже при небольшой площади поражения некоторые пациенты требуют кислородной поддержки, имеют очень серьезные риски самого негативного сценария, и/или наоборот. Так, например, одна моя подруга при площади поражения легких в 68% (!) не имела ни малейших признаков дыхательной недостаточности, и держала все время острой фазы заболевания сатурацию в пределах 95-99%! Организм справился, компенсировал за счет непораженных долей полное обеспечение кислородом, надо заметить при этом, что она ведет исключительно здоровый

образ жизни, занимается спортом, растит активными прекрасных внуков, и никогда не унывает! А, значит, критериями тяжести в данной ситуации могли бы быть не показатели площади поражения, а функциональные пробы внешнего дыхания, например, в чем, безусловно, лучше всего разбираются пульмонологи. Или исследования системы гемостаза, ведь в основе патогенеза фатальных осложнений КВИ играют роль микротромбоз и синдром диссеминированного внутрисосудистого стаза. Другими словами диагностировать угрожающие состояния КВИ можно и нужно, опираясь на целый ряд показателей, включая анамнез, генетические особенности и функциональное состояние главных систем организма, а не вот эту вот массовую истерию и психоз. Что касается меня, то я, как простой врач без хитростей, т.н. «уличный боец», а не «боксер-академик», люблю простые незамысловатые действия, например, банальную пульсоксиметрию. Вот уж куда проще – положил пальчик в устройство за 15 тысяч тенге (красная цена в базарный день) и определил, есть угроза жизни и здоровью или нет. Правда, если не делаешь этот тест, стоя посередине оживленной трассы Шымкент-Тараз.

На мой взгляд, именно простые и доступные методики диагностики и лечения на амбулаторном этапе и должны быть сейчас предметом общей заботы и внимания, а также все виды телемедицинской помощи. Не вот это вот убогое, прости Господи, телефонное «алё-алё» между пациентом и непонятно кем на том конце провода. Пусть валидация данных проходит через устройства. Например, сейчас смартфоны имеют встроенные пульсоксиметры, а специальные фитнес-браслеты – так вообще удовлетворяют потребности даже взыскательных биохакеров. Почему не использовать передачу информации всех видов девайсов в медицинские порталы? В чем сложности? Температура тела, пульс, ритм сердца, сатурация, частота дыхания в покое и при нагрузке, слежение за фазами сна – вот тот обычный набор данных для передачи,

который доступен сейчас практически 9 млн пользователей смартфонов в нашей стране. Установи приложение и передавай информацию своему доктору в автоматическом режиме. Другими словами, современные доступные и простые технологические возможности мы не используем даже на 5-10%, а ищем сложные и дорогостоящие пути. Зачем? Кстати, и интерпретацию КТ легких, как и многие методы визуализации, сейчас можно делать дистанционно с использованием искусственного интеллекта в том числе.

В целом, цифровая медицина, за которой, я убеждена, будущее, это тема отдельного большого разговора. Это моя любимая с недавнего времени тема, «цифра и первичка» – вот, что спасет нас. Но не сейчас. Это дело ближайшего десятилетия.

«СБЕЖАТЬ С ПОДВОДНОЙ ЛОДКИ?»

А что же еще нужно предпринять прямо сейчас?

Сейчас нужна всеобщая мобилизация. Как на фронте. Сводки с полей битв должны быть четкими и простыми. Команды отрывистыми и точными. Посчитать сейчас нужно всё абсолютно. Людей, площади, койки, аппараты, лекарства, время. Посчитать правильно. Посчитать потребность правильно. Простой пример. Нам нужны не аппараты ИВЛ в каждую палату, а кислород к каждому койко-месту в стационаре. Имеющиеся ресурсы по факту, а не как обычно. Как, например, в одном столичном стационаре пару лет назад сложилась ситуация, когда врачей работало 56 человек, включая все должности и специальности, а в бухгалтерии числилось 43(!) бухгалтера. Это нормально? О национальных центрах так я вообще умолчу, там на 100 койко-мест приходится 100 врачей и 300 человек административно-управленческого персонала. И, наверное, в мирное время это нормально, быть «стопастьсотым» директором клиники по клинингу и мерчендайзингу тапочек, но не в условиях пандемии. Не время отсиживаться в тылу, дорогие коллеги, все на передо-

вую, с дипломом, так сказать, прямо в «красную зону» или к нам, в ад, на «первичку». Пересчитать нужно всех, кто окончил медицинские институты за последние годы, не работает по специальности, но может вернуться. Ускоренными темпами провести подготовку и переподготовку специалистов по основным направлениям – лабораторной и инструментальной диагностики, инфекционисты, эпидемиологи, врачи общей практики. Разумеется, бывшего директора по швабрам и тряпкам не поставишь основным дежурным анестезиологом-реаниматологом, но патроны подносить, я думаю, даже они смогут, так же как и студенты последних курсов мединституты, особенно обучающиеся по гранту, а значит, самые толковые. Все ровно то же самое нужно сделать по резервам медсестер и фельдшеров. Я вообще имею неординарное мнение, что при наличии внятных стандартов обученный и вымуштрованный средний персонал может взять на себя до 80-90% нагрузки как в стационаре, так и на амбулаторном этапе.

И отсюда мы плавно переходим к вопросу идеологии.

А при чем здесь идеология и коронавирус?

Я абсолютно убеждена, что основную победу КВИ одержал именно на идеологическом фронте. Эта маленькая козья лапка как лакмус оголила все тлеющие в обществе язвы и тлен, нашу несостоятельность и провалы, наши страхи и ограниченность.

Как понесло наш народ, это же тема отдельного исследования целых институтов социальных наук. Вначале КВИ вообще был вопросом веры, это нормально? Люди разделились на тех, кто «верит», и кто «не верит», как будто речь шла о Втором Пришествии. Если б мне десять лет назад сказали, что в 2020 г. мы всей страной всерьез будем обсуждать вирусную пневмонию в стиле дебатов тибетских монахов, я бы подумала, что идет экранизация «Плоского мира» Терри Пратчетта.

Есть старая суфийская притча о чуме, многие, наверное, знают ее, но все равно рискну напомнить:

«Встретились как-то на дороге паломник и Чума.

— Куда идёшь? — спросила Чума.

— В Мекку, поклониться святым местам. А ты?

— В Багдад, забрать пять тысяч человек, — ответила Чума.

Разошлись они; а через год на той же дороге встретились снова.

— А ведь ты обманула меня, — сказал Чуме паломник. — Ты говорила, что забереешь в Багдаде пять тысяч человек, а сама взяла пятьдесят пять тысяч!

— Нет, — ответила Чума, — я сказала правду. Я была в Багдаде и забрала свои пять тысяч. Остальные умерли от страха».

Так вот, если в нескольких предложениях, то нам сейчас нужна простая, честная и понятная идеология для трех целевых групп.

Идеология для пациентов и потенциальных пациентов. Мы на войне, и все у нас по законам военного времени. Хватит ныть и требовать к себе особого отношения! Если ты молод и относительно здоров, возьми на себя заботу о членах своей семьи, стань старшим по подъезду, дому, улице, району. Помоги тому, кто рядом с тобой. Даже в

фашистских концлагерях выживали те, кто не терял силу духа, человеческого достоинства и облика, кто думал не только о себе, но и о других. В наш генетический код зашита забота о ближних, ведь номады могли выжить только вместе, всей общиной, так почему мы забыли об этом? Когда мы превратились в вечно ноющих жертв и потребителей, тянущих одеяло на себя? Нужно призвать, например, отложить планирование беременностей, быть солидарно ответственным за все решения по своему здоровью и здоровью членов своей семьи. Наконец-то стать спортивной и здоровой нацией, пока еще нас так можно назвать. Призвать на службу своему народу всех этих блогеров, вайнеров, лидеров мнений, ведь в конце концов наши лайки — их хлеб, вложить в их уста понятные и простые алгоритмы само и взаимопомощи, и так далее. Нам нужен надежный тыл, а не ножи в спину.

Идеология для медицинского сообщества. Каждый медицинский работник в период пандемии — солдат на войне, мы не можем ничего требовать сейчас для себя, не имеем права ломаться и сдаваться. За нами наши старики и дети, будущие поколения и память предков. Эта зараза — реальная угроза для жизни самых слабых и беззащитных, и мы сто-

им между ними и смертью. Только так. Нет большей ценности и награды, чем каждая спасенная жизнь. И мы готовы к тому, что среди нас могут быть жертвы. Солдаты становятся пушечным мясом у плохих генералов, поэтому нам нужны честные боевые полевые командиры и политруки, которым мы доверяем. И еще нам нужна уверенность в том, что мы не останемся ПОТОМ один на один со своими проблемами. Нужны простые меры поддержки медицинского сообщества. Признать перенесенный КВИ профессиональным заболеванием, учитывать стаж борьбы с КВИ в пенсионном возрасте как «год за два, или три», обеспечить лекарственными препаратами весь период лечения и реабилитации медицинских работников от КВИ, выплатить достойную компенсацию семье единовременно и ежемесячно в случае потери кормильца от КВИ детям до совершеннолетия. Дать медицинским работникам льготные жилищные займы без процентов и первоначального взноса. Просто научиться снова говорить: «Спасибо, доктор» иногда посмертно. Хоронить наших коллег в Пантеоне, как народных героев, а не зарывать скромненько на сельском кладбище. Награждать врачей и медсестер государственными наградами, а не вот этот вот свой бомонд, называть улицы и площади именами наших героев-коллег, отдавших жизни на трудовых вахтах. И еще многое из того, что, честно признаться, задолжало нам общество за долгие годы.

И, наконец, отдельная идеология нужна для элит. Хватит звонить и требовать к себе трепетного отношения, нет никакого «особого контингента». Лечитесь в той системе, которую построили за эти годы. Может быть тогда, когда все власть предержащие и олигархи вдруг осознают, что в один прекрасный момент не получится уехать на лечение в Сеул или Берлин, наши элиты захотят построить достойную систему здравоохранения у себя дома.

А о том, как это можно сделать, я думаю, мы вместе подумаем и порассуждаем уже в самое ближайшее время.

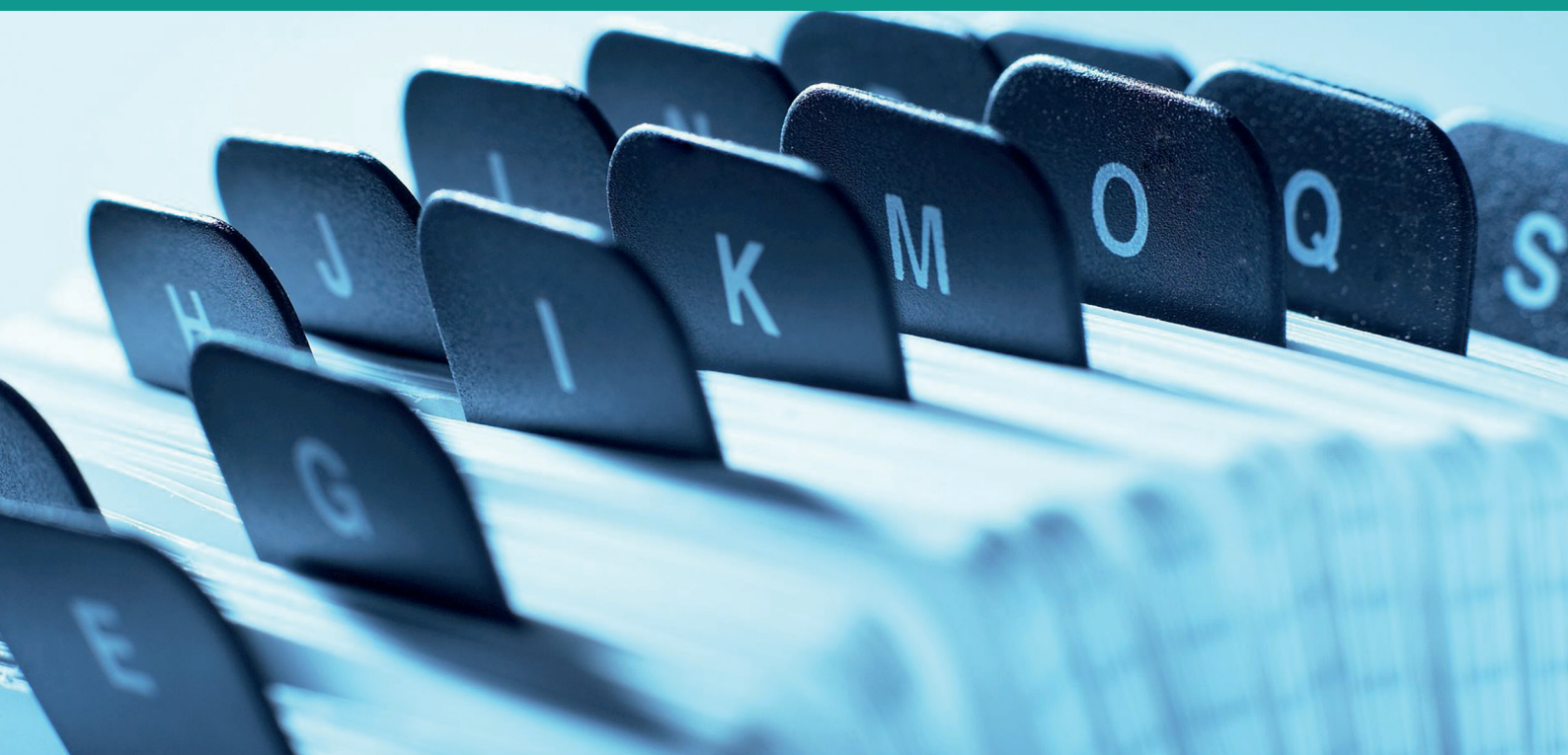
Берегите себя и своих близких!

Спасибо за интервью!

Мы на войне, и все у нас по законам военного времени. Хватит ныть и требовать к себе особого отношения! Если ты молод и относительно здоров, возьми на себя заботу о членах своей семьи, стань старшим по подъезду, дому, улице, району. Помоги тому, кто рядом с тобой.

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

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



СТОИМОСТЬ СТРАТЕГИЙ БОРЬБЫ С КОРОНАВИРУСОМ

Текст: Марат Каирленов

Как показывают стратегии борьбы с коронавирусной инфекцией (КВИ), они отличаются не только эффективностью, но и стоимостью. Рассмотрим их поподробнее.

Можно выделить 2 варианта стратегии борьбы с КВИ. С одной стороны, «текущий минздравовский» предполагает опору на быстрое расширение количества койко-мест в больницах и приспособленных помещениях и «сбивание» волн заболевания КВИ введениями карантинных.

Но тут возникает много вопросов. Система здравоохранения уже сейчас на грани обрушения, хотя официально зараженных 100 тыс. чело-

век или 0,5% населения, из которых сейчас болеет еще меньше (т.к. часть вылечилась). Но осенью, на фоне сезонного похолодания и «традиционных» эпидемий, можно ожидать снижение иммунитета, а значит, «разгул» КВИ. И тогда болеть может уже не 0,5% населения, а, не дай бог, 5% или 10%, т.е. 1-2 млн человек. Очевидно, что никаких койко-мест и медработников в больницах не хватит, не говоря уже о деньгах. Поэтому данный путь представляется «тупиковым».

Другая точка зрения, представленная в интервью **Лейлы Ишбаевой**¹, состоит в том, чтобы выстроить на

1 «ТОТАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ» ИЛИ ЧТОБЫ ОСЕНЬ НЕ БЫЛА ЖЕСТОКОЙ... М Каирленов, к.э.н. УМ, №4 (33). Июль-август 2020 г.

подступах к койко-местам в больницах две линии обороны – «домашние стационары» и Первичную медикосанитарную помощь (ПМСП). Речь идет о том, что по примеру Южной Кореи при недомогании вы звоните в колл-центр, и если у вас признаки КВИ, вы получаете:

- пакет со всеми необходимыми лекарствами и четкой инструкцией к ним, а если заболел, то и со средствами защиты, градусником и пульсоксиметром, «под дверь»
- и он-лайн консультации врача.

ПМСП обеспечит онлайн-поддержку «домашних» и дневных стационаров для пациентов, которым



требуется что-то «прокапать» и др., и самое главное – динамический мониторинг прикрепленного населения, чтобы не допустить запущенных случаев КВИ. Стационары нужны для пациентов с КВИ, которым требуется кислородная поддержка, и тяжелой сопутствующей патологией. Поэтому каждое койко-место в стационаре должно быть обеспечено доступом к кислороду, а это не только аппараты искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Очевидным преимуществом данного варианта выступает то, что он позволяет лучше использовать имеющиеся в отрасли ресурсы населения, а также резко сократить угрозы заражений, например, при походе в аптеки и др. Для ориентира можно отметить, что у нас порядка 6 тыс. койко-мест в инфекционных отделениях с 3-4 тыс. врачей против порядка 30 тыс. врачей в ПМСП и миллионах потенциальных койко-мест в «домашних стационарах».

Сравнивая оба варианта по стоимости для общества и экономики, можно отметить, что в «текущий минздравовский» вариант можно включить 2 статьи: стоимость расходов на 1 больничное койко-место и потери экономики от карантинных.

При расчетах мы исходим из того, что «переболеем все», т.е. 50-80% взрослого населения, из которого 20% надо будет класть в больницы. Из 13 млн взрослого населения заболеют 6,5-10,4 млн человек, из них 1,3-2,1 млн понадобится определять в больницы.

Стоимость койко-места в день, исходя из данных МЗ РК по количеству койко-мест в стационарах, среднего количества дней занятости в год и оплаты услуг стационаров, составляет порядка 32 тыс. тг. Если исходить из среднего курса лечения больного в 10 дней, то мы получим 320 тыс. тг. на 1 пролеченного. Это потребует расходов государства примерно в 0,4-0,7 трлн тг. Не считая капитальных расходов на оборудование дополнительных 80-140 тыс. про-

Различия в стоимости вариантов выбора стратегии борьбы с КВИ составляют 10-15 раз, не считая рисков потерянных жизней из-за отсутствия лекарств и медицинских консультаций. Но, судя по текущим действиям Минздрава, надо учитывать коррупциогенность обеих вариантов: видимо, взятки хочется многим

визорных коек (обеспеченных кислородом), если лечение у нас будет растянуто равномерно (в т.ч. за счет карантинных) на 5 месяцев.

Второй канал расходов по данному варианту – стоимость для экономики карантинных. Как показал опыт апреля (полный месяц под карантин), основные потери понесли отрасли экономики (торговля, операции с недвижимым имуществом и т.д.), на которые приходится 30% ВВП. «Провал» у них составил порядка 45%. Получается, за месяц карантина потери составляют порядка 1,3% ВВП или 0,9 трлн тг. Сколько раз придется вводить карантин, чтобы сгладить поток пациентов до пропускной способности инфекционных больниц, неизвестно. Даже если в идеальном варианте один раз, то потери общества можно оценить в 1,2-1,6 трлн тг.

В случае, если ставка будет сделана на «домашние стационары» и ПМСП, то расходы государства составят в основном пакеты с медикаментами

и средствами защиты, градусником и пульсоксиметром стоимостью 12-15 тыс. тг. на весь курс лечения. Тогда расходы в зависимости от количества заболевших можно оценить в 80-160 млрд тг. Часть средств – это прямые расходы государства социально незащищенным слоям, а остальным – в долг. Разработка специализированного программного обеспечения для телемедицинских консультаций может стоить порядка \$100 тыс., т.е. 40 млн тг. В этом случае риск того, что мест в больницах не хватит, гораздо ниже, так как ресурс «домашних стационаров» почти безграничен.

В целом, различия в стоимости вариантов выбора стратегии борьбы с КВИ составляют 10-15 раз, не считая рисков потерянных жизней из-за отсутствия лекарств и медицинских консультаций. Но, судя по текущим действиям Минздрава, надо учитывать коррупциогенность обеих вариантов: видимо, взятки хочется многим.

Текст: Ниязбек Бектембаев

КАК АНАЛИЗИРОВАТЬ БИЗНЕС-ПРОЦЕССЫ?

Кризис зачастую становится фактором пересмотра и оптимизации бизнес-процессов в компании. В этой связи имеет смысл рассмотреть технологии и инструменты анализа бизнес-процессов в медицинских организациях.

Анализ бизнес-процессов рассматривается в рамках операционного менеджмента и его части в виде управления бизнес-процессами (МБП). Логика МБП основана на цепочке создания стоимости вашего бизнеса и разделении его на каждый промежуточный процесс. Цепочкой процессов или цепочкой создания стоимости называется набор процессов для выполнения заказа клиента. Организация, ориентированная на процессы, опирается на эту идею: конечные поставки своим клиентам являются результатом последовательности внутренних процессов,

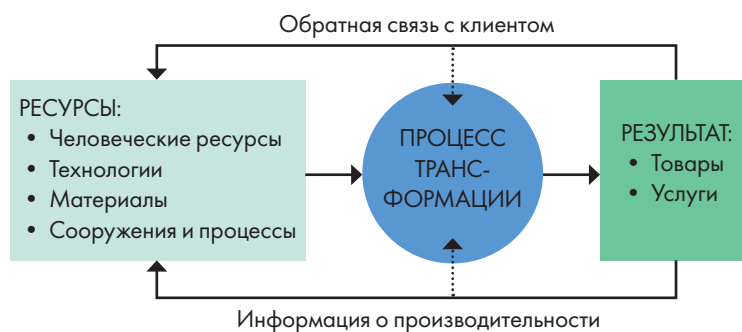
которые, в свою очередь, должны быть хорошо организованы.¹ Компания рассматривает все эти процессы, необходимые для выполнения заказа в целом и по отдельности. Анализируется текущее состояние и определяются области улучшения для создания более эффективной и

производительной организации.² Это дает ряд преимуществ и решает многие проблемы (врезка 1). Для управления проектами, их визуализации и точного расчета используется программное обеспечение, например, «Microsoft Project», «Trello и

¹ «Process-based organization: the best way to generate value!», W Oliveira, 25.04.2019 г., <https://www.hefto.com/blog/bpm/process-based-organization/>

² «A Full Overview of Business Process Management (BPM)», 23.01.2019 г., <https://kissflow.com/bpm/business-process-management-overview/#task>

РИС 1. СХЕМА ТРАНСФОРМАЦИОННОГО ПРОЦЕССА



Источник: «Operations Management. An Integrated Approach» 4-th Edition, R. D. Reid, N. R. Sanders, 2011, John Wiley & Sons, Inc.

Asana», «Anylogic» и другие. Но надо понимать, что вначале компания выстраивает оптимальные бизнес-процессы, а затем уже программное обеспечение помогает отслеживать и находить возможности для дальнейшей оптимизации.

Конечно, не все работники в организации работают напрямую на выполнение заказов клиентов, но их работа нужна для нормального функционирования организации. Вообще можно отметить несколько подходов к классификации бизнес-процессов. Чтобы лучше понимать их логику, надо знать подход, используемый в операционном менеджменте и МБП в частности. Логика такова, что в процессе оказания услуг есть три основные фазы. Есть вход, т.е. ресурсы на входе (сотрудники, материалы, оборудование и т.д.), затем организация с ними что-то делает (трансформирует / добавляет стоимость) и выдает продукцию на выход (рис. 1).

В этой логике гарвардский профессор Майкл Э. Портер разбивает процесс создания стоимости бизнес-единицы на основную деятельность и вспомогательные действия. Основные виды деятельности: «Входящая логистика», «Операции», «Исходящая логистика», «Маркетинг и продажи» и «Послепродажное обслуживание». Вспомогательные действия в основной цепочке создания ценности включают: «Инфраструктуру фирмы» (например, финансирование, планирование, отношения с инвесторами), «Управление человеческими ресурсами» (например, рекрутинг, обучение, система вознаграждений), «Развитие технологий» (например, проектирование продуктов, тестирование, проектирование процессов) и «Закупки» (например, комплектующие, оборудование, реклама, услуги). В качестве примера можно отметить Цепочку создания стоимости, разработанной для лечения глаукомы в Швейцарии (рис. 2).³

Более распространенным вариантом в современной теории МБП выделяют 3 основных вида процессов:

- *Первичные процессы.* Основными процессами являются те, которые напрямую связаны с доставкой потребительских ценностей. То есть, в медучреждениях основная деятельность – это медуслуги, предоставляемые медицинскими специалистами.
- *Поддержка процессов.* Этот тип процесса следит за двумя другими процессами, не доставляет ценность непосредственно конечному потребителю. К ним можно отнести сотрудников HR- менеджмента, бухгалтера, юристы и т.д.
- *Процессы управления.* Процессы управления не повышают ценность непосредственно для клиентов бизнеса, но они организуют управление другими процессами. Они используются для мониторинга и контроля других процессов, а также для проверки их соответствия бизнес-целям. Деятельность совета директоров является типичным процессом управления.

В адаптированном к западной цивилизации варианте японского менеджмента, получившем название Lean («Лин»), т.е. «Бережливое производство», операции классифицируются на три других вида:

- *Операции, добавляющие стоимость (Value-Adding Work)* – работы, которые клиент / конечный потребитель готов оплачивать.
- *Операции, не добавляющие стоимость (Non-Value-Adding Work)* – работы, в результате которых не создается дополнительная стоимость для потребителя, но которые необходимо выполнить для того, чтобы стало возможным выполнение работ, добавляющих стоимость.
- *Потери (Wastes)* – работы, которые не добавляют стоимости и не способствуют этому.

Организация этих процессов нацелена на оптимальное и эффективное выполнение каждого из них, т.е. на

использование наименьшего количества ресурсов и рисков для выполнения поставок клиентам с высокой добавленной стоимостью. Вместе с тем оптимизацию бизнес-процессов логично производить с точки зрения себестоимости, производительности, рисков и удовлетворенности клиентов.

Возможности для улучшения – это узкие места, задержки, растраты или трудности в обмене информацией (среди прочего), которые могут сделать процессы менее эффективными. Например, в «Бережливом производстве» выделяют 8 видов потерь из-за: перепроизводства, ожидания, ненужной транспортировки, лишних этапов обработки, лишних запасов, ненужных перемещений, выпуска дефектной продукции и неиспользованного человеческого потенциала. В свою очередь, в Теории ограничений выделяют 6 видов ограничений:

- *Рыночное.* Недостаточно высокий спрос на продукты или услуги;
- *Ресурсное.* Нехватка человеческих ресурсов или оборудования для поддержания спроса на продукцию или услугу;
- *Материальное.* Неспособность своевременно получать необходимые материалы для удовлетворения спроса клиентов;
- *Финансовое.* Отсутствие необходимого «денежного потока» для поддержания работы;
- *Компетентность/знание персонала.* Отсутствие адекватных знаний у персонала.
- *Политическое.* Любой закон, правила или предписание, тормозящее процесс.

Жизненный цикл МБП состоит из его начала и конца, в процессе которого совершаются разные действия. Существует достаточное количество последовательностей, однако они отличаются лишь названием каждого шага и небольшими дополнениями. В целом, алгоритм и смысл во всех действиях практически одинаков. Вот

3 «Care delivery value chains for ophthalmic clinics in Switzerland», Bülhmann S., январь 2009 г. стр. 20., <http://managementmahsakit.net/wp-content/uploads/2013/05/Ophthalmic-clinic-value-chain.pdf>

один из примеров последовательности выполняемых шагов в МБП:

Шаг 1: Дизайн. Большинство процессов включают в себя форму для сбора данных и рабочий процесс для их обработки. Создайте свою форму и определите, кому будет принадлежать каждая задача в рабочем процессе.

Шаг 2: Модель. Представлять процесс в визуальном макете. Исправьте детали, такие как сроки и условия, чтобы дать четкое представление о последовательности событий и потоке данных в процессе.

Шаг 3: Выполнение. Выполните процесс, сначала протестировав его с небольшой группой, а затем откройте его для всех пользователей. Убедитесь, что вы ограничиваете доступ к конфиденциальной информации.

Шаг 4: Мониторинг. Следите за процессом, который проходит через

рабочий процесс. Используйте правильные метрики для определения прогресса, измерения эффективности и определения узких мест. Вот более подробная статья об этом шаге.

Шаг 5: Оптимизация. Анализируя, обратите внимание на любые изменения, которые необходимо внести в форму или рабочий процесс, чтобы сделать их более эффективными.

С организационной точки зрения внедрение МБП предполагает обучение руководителей высшего и среднего звена и инициализацию небольших проектов по оптимизации бизнес-процессов, в т.ч. и с помощью привлеченных консультантов. Этот вариант, надо полагать, в большей степени подходит для малых и средних медорганизаций. Другим вариантом выступает создание специализированного отдела по МБП.

Такие офисы комплектуются командой аналитиков и консультантов МБП с координирующим их работу топ-менеджером. Функцией этого офиса является поддержка оптимизации процессов в компании. При наличии такого отдела все остальные взаимодействия с ним для достижения поставленных целей. Например, если отдел кадров хочет усовершенствовать процесс найма, он должен будет обратиться в офис МБП, чтобы сделать это с использованием имеющегося багажа знаний. Это позволяет оптимизировать бизнес-процессы не только в одном конкретном отделе, но и с учетом интересов организации в целом. Отдел МБП должен не только оказывать поддержку, но и быть хранителем методологий МБП в организации процессов в компании. Следовательно, он должен быть независимым, автономным и иметь

ВРЕЗКА 1. ПОЧЕМУ УПРАВЛЕНИЕ БИЗНЕС-ПРОЦЕССАМИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ?

Оставленные неорганизованными и несистематизированными, плохие бизнес-процессы могут привести к хаосу. На индивидуальном уровне люди видят только одну часть процесса, и немногие могут проанализировать и увидеть всю цепочку процесса, где он начинается и заканчивается, какие ключевые данные необходимы и где находятся потенциальные уязвимые места и неэффективность.² Неуправляемые хаотические процессы наносят ущерб бизнесу и приводят к одному или нескольким из следующих сценариев:

- Время потрачено впустую;
- Больше ошибок;
- Увеличение вины;
- Недостаток данных;
- Деморализованные сотрудники;
- Применяя организации по управлению бизнес-процессами, можно улучшить

свои процессы и обеспечить оптимальную работу всех аспектов операций.

МБП решает множество проблем. Вот некоторые из основных преимуществ использования МБП в вашем бизнесе:

- Получите контроль над хаотическими и громоздкими процессами;
- Создание, отображение, анализ и улучшение бизнес-процессов;
- Выполняйте повседневные операции более эффективно;
- Реализуйте большие организационные цели;
- Двигайтесь в сторону цифрового преобразования;
- Улучшение и оптимизация запутанных операций;
- Тщательно отслеживайте отдельные элементы, как они движутся в рабочем процессе.

Экономия и дополнительная выгода в цифрах впечатляют. На примере следующих медорганизаций можно увидеть выгоду: в каких масштабах может привести внедрение различных

технологий МБП:

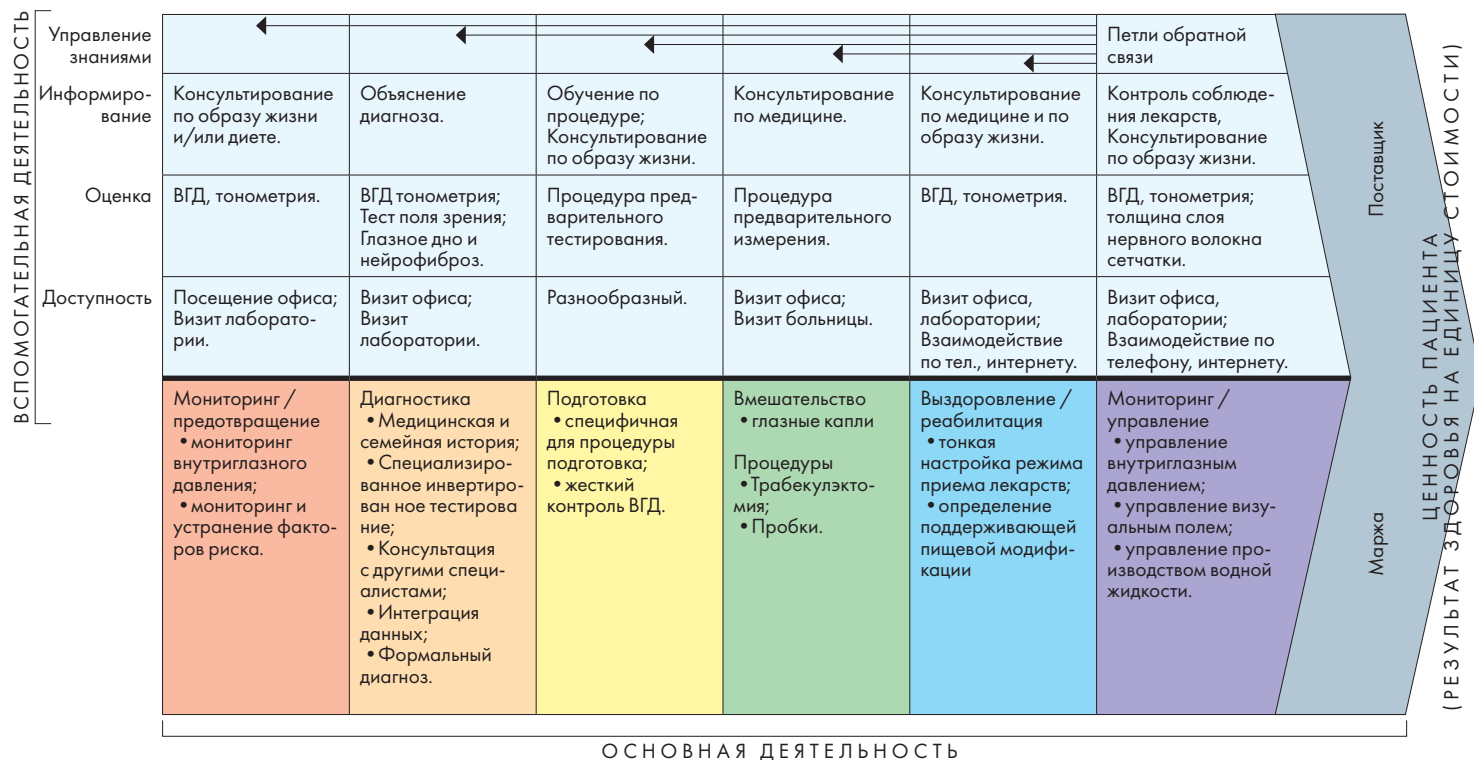
- Сеть медорганизаций Mount Carmel: Два года проектов Шесть Сигма, сфокусированных на операционных проблемах и управлении бизнесом, помогли сэкономить организации здравоохранения \$3,1 млн. Уровень удовлетворенности сотрудников и врачей также улучшился;
- Бостонский медицинский центр. Акцент на диагностическую визуализацию привел к улучшениям, которые позволили сэкономить средства и увеличить доходы более чем на \$2,2 млн;
- Региональный медицинский центр Rapides: эта организация здравоохранения использовала методологию Шесть Сигма для устранения дефектов в своем отделении неотложной помощи. Время ожидания сократилось, поставщики увидели больше пациентов, а больница сэкономила более \$950 тыс. в год;
- Больница для женщин и

младенцев на Род-Айленде: в больнице успешно внедрили Шесть Сигма для стандартизации процедур переноса эмбрионов, что позволило повысить показатели внедрения на 35%;

- Баптистская система здравоохранения Valley. Сокращая продолжительность операционного цикла с использованием методологии Шесть Сигма, больница добавила достаточно мощностей для обработки 1100 дополнительных случаев в год, увеличив потенциальный годовой доход на \$1,3 млн;
- Медицинский центр Йельского университета в Нью-Хейвене. Различные проекты Шесть Сигма, реализованные в отделении интенсивной терапии, позволили сократить количество инфекций кровотока на 75% и сэкономить примерно \$1,2 млн в год.

²A Look at Six Sigma's Increasing Role in Improving Healthcare, 12.03.2020 г., <https://www.villanovau.com/resources/six-sigma/six-sigma-improving-healthcare/>.

РИС 2. ЦЕПОЧКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЛАУКОМЕ



привилегии перед остальными от-
делами.

Мировая наука и практика нарабо-
тали большой инструментарий для
анализа бизнес-процессов – мы на-
считали с десяток. Рассмотрим наи-
более популярные из них.

ГРАФИК «БЛОК-СХЕМА»

Одним из наиболее простых ин-
струментов для анализа бизнес-про-
цессов является их визуализация
в виде «блок-схема». Например, по
цепочке выдачи медикаментов – от
создания заказа лечащим врачом до
выдачи лекарств пациенту (рис. 2).
Эта блок-схема показывает основ-
ные шаги в традиционной системе
использования лекарств. Компонен-
ты процесса расположены последо-
вательно, и каждый этап может быть
расширен по мере необходимости,
чтобы показать все возможные эта-
пы. Этот инструмент позволяет вы-
явить проблемные / дублирующие
моменты.

«РЫБЬЯ КОСТЬ», ДИАГРАММА ИШКАВЫ ИЛИ «ПРИЧИН И СЛЕДСТВИЙ»

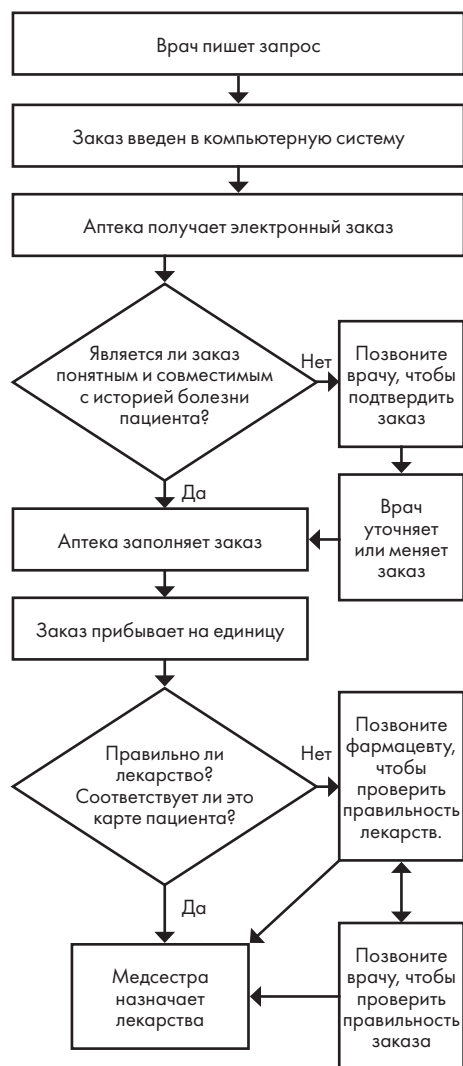
Данный инструмент анализа
предполагает анализ ключевых па-
раметров бизнес-процессов, влия-
ющих на конечный результат, уста-
новить причины проблем процесса
или факторы, влияющие на возник-
новение дефектов в продукции. При
построении данной диаграммы
причины проблем распределяют по
ключевым категориям, определяю-
щим конечный результат. Как пра-
вило, это:

- работники включают в себя факто-
ры, обусловленные их состоянием
и возможностями – квалифика-
ция, физическое состояние, опыт и пр.
- методы работы, т.е. каким обра-
зом выполняется работа, а также
все, что связано с производитель-
ностью и точностью выполняемых
операций процесса или действий.
- механизмы – оборудование, ма-
шины, приспособления, исполь-
зуемые при выполнении действий

– состояние инструмента, приспо-
соблений и т.п.

- материалы – все факторы, которые
определяют свойства материала в
процессе выполнения работы. На-
пример, реагенты в лабораторном
бизнесе, лекарства, расходные ма-
териалы и т.д.
- контроль – все факторы, влияю-
щие на достоверное распознава-
ние ошибки выполнения действий.
- внешняя среда – все факторы,
определяющие воздействие внеш-
ней среды на выполнение дей-
ствий. Например, температура,
освещенность, влажность и т.п.

Рассматривая возможность ис-
пользования данного инструмен-
та при анализе бизнес-процессов в
медицинской организации, мож-
но привести пример, представлен-
ный в совместной статье турецких
и английских ученых, посвященной
анализу причин ненужных лабора-
торных тестов (рис. 3). Для такого
анализа они выделили 6 основных
категорий: медработники, мотива-

**РИС 3. ПРИМЕР: БЛОК-СХЕМА
АДМИНИСТРИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ**

ция, методы, среда и инструменты, обратная связь и организационная поддержка. По сути, мы видим, что вопросы контроля разделены между двумя группами (мотивация и организационная поддержка), так же как и вопросы обратной связи между подразделениями выделены из методов. Например, при анализе суицидов в Психическом отделении они выделили 4 категории факторов: пациенты, методы, внешняя среда и методы работы⁴. Выделение категорий позволяет более полно проанализировать факторы, определяющие проблему.

4 Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques, 5-th EDITION, под. ред. J Parker, Joint Commission Resources, 2015. С. 150.

ДИАГРАММА ГАНТА

Выступает одним из достаточно популярных инструментов анализа бизнес-процессов в организации.

Рассмотрим исследование, относящееся к работе хирургии в больнице Good Hope (Великобритания) в течение 7-месячного периода в 2006 году. На первом этапе исследователи собрали данные о времени работы хирургии для построения шаблона процесса или диаграммы Ганта (таблица 1).

Диаграмма Ганта показала, что пациенты прибывали в виде партии в начале запланированного полудневного операционного сеанса, а затем ждали своей операции. Поскольку вместимость зала ожидания была 6 мест, то и прибывало и оперировалось лишь 6 человек в день. При этом, пациенты проводили большую часть своего времени в зоне ожидания (в среднем 52 минуты на пациента, диапазон от 0 до 130 минут). Диаграмма Ганта также показала значительное количество неиспользованного времени в кабинете в конце сеанса (60 минут) и что время цикла в операционной составляло около 25 минут (время цикла – от начала одной процедуры до готовности к началу следующей).⁵

Исходя из этих наблюдений, были запланированы два изменения, призванные повысить качество обслуживания пациентов (уменьшат ожидание) и повысить производительность операционной (больше операций за день).

Во-первых, бронирование пациентов с 20-минутным интервалом позволит сократить время ожидания. Это моделируется в предлагаемом новом шаблоне процесса, изображенном на новой диаграмме Ганта (таблица 2). Был выбран интервал 20 минут, так как это самое короткое наблюдаемое время работы.

Во-вторых, поскольку в комнате ожидания одновременно может быть размещено не более двух пациентов,

размер комнаты ожидания больше не будет ограничивать поток, и один или два пациента могут быть забронированы. Это увеличит использование кабинета и производительность за счет свободного времени, указанного в конце фиксированного сеанса.

В таблице 2 показан новый шаблон процесса для того же сеанса в кабинете с использованием предложенной политики поэтапного бронирования и бронирования еще одного пациента. Пациенты прибывают последовательно, что сокращает время их ожидания; уменьшает размер очереди ожидающих; и это сглаживает нагрузку на прием медсестер.

Меры, выбранные для мониторинга воздействия этого изменения политики, были следующие:

- общее время пребывания в кабинете врача, использованное на операционный сеанс;
- время оказания услуги на пациента;
- время рабочего цикла;
- активность за сессию приема пациента.

С помощью диаграммы Ганта были наглядно продемонстрированы время ожидания пациентов и резервы использования операционной. В результате администраторы учреждения приняли важные решения, упомянутые выше, что привело к сокращению нахождения пациентов в комнате ожидания в несколько раз. И к повышению эффективности использования операционной – на 22,5% больше пациентов.

Мы рассмотрели лишь наиболее известные инструменты анализа бизнес-процессов. В целом же, анализ и оптимизация бизнес-процессов – это бесконечный процесс. Как в некогда популярном лозунге «Есть у революции начало, нет у революции конца». В своих публикациях мы намерены и далее публиковать примеры применения в медицинских организациях эффективных инструментов оптимизации бизнес-процессов.

5 «A case study of improvement in the quality and productivity of a surgical service», S.R Dodds. Сентябрь 2013, https://www.researchgate.net/publication/259475718_A_case_study_of_improvement_in_the_quality_and_productivity_of_a_surgical_service.

РИС 4. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕНУЖНОГО ПОВТОРНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

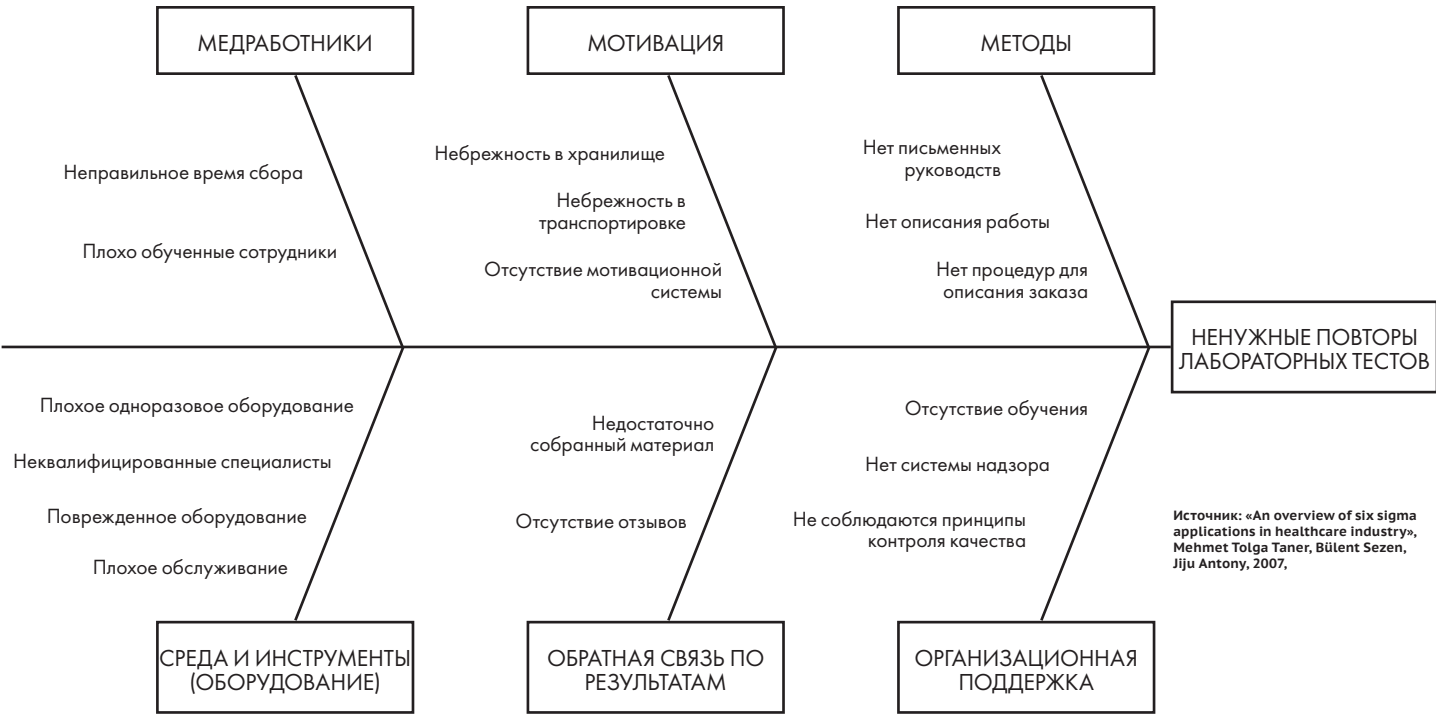


ТАБЛИЦА 1. ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОЧЕРЕДИ НА ПРИЕМ К СПЕЦИАЛИСТУ (ДИАГРАММА ГАНТА)

Время	13:30	13:35	13:40	13:45	13:50	13:55	14:00	14:05	14:10	14:15	14:20	14:25	14:30	14:35	14:40	14:45	14:50	14:55	15:00	15:05	15:10	15:15	15:20	15:25	15:30	15:35	15:40	15:45	15:50	15:55	16:00	17:00
Ожидающие																																
Пациент 1																																
Пациент 2																																
Пациент 3																																
Пациент 4																																
Пациент 5																																
Пациент 6																																
Кол-ство человек в комнате ожидания	6	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0

ТАБЛИЦА 2. ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОЧЕРЕДИ НА ПРИЕМ К СПЕЦИАЛИСТУ ПОСЛЕ ВНЕСЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ДИАГРАММА ГАНТА)

Ожидающие \ Время	13:30	13:35	13:40	13:45	14:00	14:05	14:15	14:20	14:25	14:30	14:40	14:45	14:50	14:55	15:00	15:05	15:10	15:15	15:20	15:35	15:40	15:45	15:50	15:55	16:00	16:05	16:10	16:30	16:35	17:00	
Пациент 1	1	1	1	1	1																								1	1	
Пациент 2					1	1	1	1																							
Пациент 3								1	1	1	1	1	1																		
Пациент 4											1	1	1	1	1	1	1	1													
Пациент 5														1	1	1	1	1	1	1	1	1									
Пациент 6																			1	1	1	1	1	1	1	1					
Пациент 7																						1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Количество человек в комнате ожидания	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	0	0

Ожидающие пациенты Обслуживаемые пациенты Неиспользованное время

РЕЙТИНГ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2020 ГОДА: ОЗДОРАВЛИВАЕМСЯ?

Текст: Марат Каирленов, к.э.н.

Журнал «Улагатты медицина» представляет вашему вниманию одиннадцатую волну рейтинга страховых компаний страны, исходя из объемов судебных исков со стороны клиентов и страховых выплат за первое полугодие 2020 года.



Цели рейтинга остались прежними:

- дать объективную картину, на какие страховые компании клиенты (юридические лица) чаще подают в суд, чтобы выбрать, где страховаться с учетом рисков;
- побудить страховые компании улучшать свои бизнес-процессы, чтобы клиенты не были вынуждены или считали возможным обращаться в суд.

Основные тренды:

- Количество страховых компаний, в отношении которых клиенты подали иски в суд, увеличилось до 14 (+17%) из 30;
- Количество судебных исков снизилось на 22%, а суммы на 39%;
- Суммы страховых выплат со стороны страховых компаний повысились с Т75 млрд до Т91,4 млрд;
- Уменьшилась доля негативных для клиентов решений судов (отказ в рассмотрении и/или в иске) с 51% до 43%, и увеличилась доля позитивных для клиентов решений (с 43% до 45%), доля неоконченных дел выросла с 6% до 13%;

- Удельный вес судебных исков по обязательным видам страхования увеличился с 41% до 55%;
- По пяти видам страхования отмечено снижение страховых исков, по трем рост и по одному полное отсутствие исков.

В первом полугодии 2020 года в отношении 14-и (из 30, 1 из которых лишена лицензии) страховых компаний были возбуждены гражданские судебные иски об исполнении условий договоров страхования (таблица 1). Число компаний увеличилось по сравнению с показателями первого полугодия 2019 года на 2 компании. Все иски поданы юридическими лицами – товариществами с ограниченной ответственностью, индивидуальными предпринимателями, государственными учреждениями и др.

Первая тройка лидеров антирейтинга в первом полугодии 2020 года (АО «СК «Виктория», АО «СК «НОМАД Иншуранс», АО «СК «Amanat») изменилась с прошлого года (АО «СК «НОМАД Иншуранс», АО «НСК» АО «СК

«Сентрас Иншуранс»). В списке худших осталась лишь СК «НОМАД Иншуранс», переместившись на второе место в рейтинге.

Наиболее скандальные компании по-прежнему аккумулируют основные объемы судебных исков – на первые три приходится 58,6% сумм судебных исков, а на первые 7 компаний – 84%. По сравнению с первым полугодием прошлого года концентрация уменьшилась, так как в прошлом году на первые три приходилось 71,8% сумм судебных исков, а на первые 7 компаний – 78,6%.

В анализируемом периоде прошлого года страховая компания «Kompetenz» была лишена лицензии на страховую (перестраховочную) деятельность, однако, при этом, в первом полугодии 2020 года на нее были поданы иски. Так, по суммам поданных судебных исков АО «СК» «Kompetenz» занимает четвертое место (12,7%) (Таблица 2).

По количеству судебных исков за рассматриваемый период лидируют СК «Евразия» (9), АО «СК «НОМАД Ин-

**МЕТОДИКА РЕЙТИНГА
«РАЗГНЕВАННЫХ КЛИЕНТОВ»
СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ РК**

Рейтинг страховых компаний производится по всем страховым компаниям, имеющим судебные иски в РК за определенный период и страховые выплаты за тот же период. Рейтингование осуществляется, исходя из отношения объема судебных исков клиентов страховых компаний к объему страховых выплат по формуле:

$$\frac{\text{Объем судебных исков клиентов страховых компаний за период}}{\text{объем страховых выплат за период}}$$

Затем полученные результаты ранжируются по мере убывания полученных значений. Рейтинг составляется на основе данных Верховного суда РК, Национального банка РК, Казахстанской Фондовой биржи, информации из открытых источников и оценок экспертов.

Таблица 1. Суммы судебных исков к страховым выплатам за первые полугодия 2018-2020гг. по различным страховым компаниям, % от выплат*

Nº	Наименование страховой компании	1 полугодие 2018 года	1 полугодие 2019 года	1 полугодие 2020 года
1	АО «СК «Виктория»	0,00	0,08	13,5
2	АО «СК «Номад Иншуранс»	46,07	15,55	5,4
3	АО «СК «Amanat»	2,07	0,09	4,6
4	АО «СК «Евразия»	0,04	0,21	0,8
5	АО «СК «АСКО»	0,08	0,00	0,3
6	АО «НСК»	2,83	1,96	0,2
7	АО «ДК НБ Казахстана по страхованию жизни «Халык-Life»	0,00	0,11	0,04
8	АО «СК «Сентрас Иншуранс»	0,00	1,83	0,03
9	АО «ДО НБ Казахстана «СК «Халык»	0,00	0,01	0,03
10	АО «СК «Лондон-Алматы»	20,13	0,00	0,03
11	АО «СК «Jýsan Garant»	0,08	0,46	0,02
12	АО «Kaspi Страхование»	0,00	0,00	0,02
13	АО «З и МС «Интертич»	0,23	0,00	0,004
14	АО «СК «Kompetenz»	0,01	0,00**	0,00**

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК за первые полугодия 2018-2020 г., к сумме страховых выплат, осуществленных за первые полугодия 2018-2020 гг.

**Выплаты по данной страховой компании в анализируемый период (первое полугодие 2020 года) не осуществлялись в связи с лишением лицензии.

Таблица 2. Доля сумм судебных исков за первое полугодие 2020 года

№	Наименование страховой компании	Доля
1	АО «СК «Номад Иншуранс»	36,0%
2	АО «СК «Евразия»	23,3%
3	АО «СК «Amanat»	15,1%
4	АО «СК «Kompetenz»	12,7%
5	АО «СК «Виктория»	7,4%
6	АО «ДО НБ Казахстана «СК «Халык»	3,0%
7	АО «НСК»	1,0%
8	АО «СК «АСКО»	0,6%
9	АО «ДК НБ Казахстана по страхованию жизни «Халык-Life»	0,4%
10	АО «СК «Сентрас Иншуранс»	0,2%
11	АО «СК «Jysan Garant»	0,1%
12	АО «СК «Лондон-Алматы»	0,04%
13	АО «Kaspi Страхование»	0,03%
14	АО «З и МС «Интертич»	0,03%

Таблица 3. СК, в отношении которых в первом полугодии 2020 года иски не подавались (ранжированы по сумме страховых выплат)

1	АО «КСЖ «Nomad Life»
2	АО «СК «Коммекс - Эмир»
3	АО «КСЖ «ГАЗ»
4	АО «Экспортная страховая компания «KazakhExport»
5	АО «КСЖ»Standard Life»
6	АО «СК «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)
7	АО Компания по Страхованию Жизни «Европейская Страховая Компания»
8	АО «КСЖ «Freedom Finance Life»
9	АО «СК «Казахмыс»
10	АО «СК «Freedom Finance Insurance»
11	АО «КСЖ «Евразия»
12	АО «Зерновая страховая компания»
13	АО «СК «ТрансОйл»
14	АО «КСЖ «KM Life»
15	АО «СК «Альянс-Полис»*
16	АО «КСЖ «Сентрас Коммекс Life»

*Выплаты по данной страховой компании в анализируемом периоде (первое полугодие 2020 года) не осуществлялись.

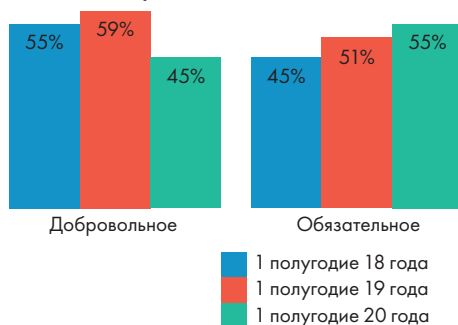
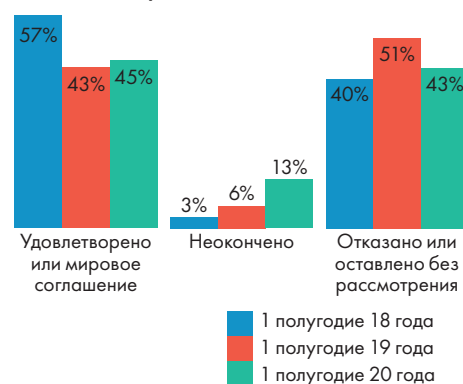
шуранс» (6) и АО «ДО НБ Казахстана «СК «Халык» (5). В аналогичном периоде прошлого года лидировали в антирейтинге АО СК «Евразия» (15), АО СК «Сентрас Иншуранс» (7) и АО «СК «НОМАД Иншуранс» (6).

В свою очередь, можно выделить целый ряд отечественных страховых компаний, клиенты которых за рассматриваемый период вообще не подавали на них судебные иски. Это серьезнейший показатель высокого уровня бизнес-процессов в данных компаниях, начиная от риск-менеджмента (качество актуарных расчетов и др.) и заканчивая системой урегулирования претензий и управления ликвидностью компании. Компании проранжированы по сумме страховых выплат за первое полугодие 2020 года.

Рис 1. Количество поданных судебных исков за первые полугодия 2018-2020г

Всего страхователи за первое полугодие 2020 года подали 40 исковых заявлений против 51 иска в аналогичном периоде прошлого года, т.е. уменьшение на 22% (рис. 1). По суммам исков также наблюдается уменьшение с Т0,7 млрд (1% от страховых выплат) до Т0,4 млрд (0,5% от страховых выплат – рис. 2). Вместе с тем суммы страховых выплат со стороны страховых компаний за первое полугодие 2020 года составили Т91,4 млрд.

Первая тройка лидеров антирейтинга в первом полугодии 2020 года (АО «СК «Виктория», АО «СК «НОМАД Иншуранс», АО «СК «Amanat») изменилась с прошлого года (АО «СК «НОМАД Иншуранс», АО «НСК» АО «СК «Сентрас Иншуранс»). В списке худших осталась лишь СК «НОМАД Иншуранс», переместившись на второе место в рейтинге.

Рис 2. Суммы поданных судебных исков и страховых выплат за первые полугодия 2018-2020 г, млрд тг**Рис 4. Структура судебных исков на страховые компании по видам страхования (добровольное/обязательное) за первые полугодия 2018-2020 г, %****Рис 4. Структура судебных исков на страховые компании по видам страхования (добровольное/обязательное) за первые полугодия 2018-2020 г, %****Таблица 4. Суммы исков по видам страхования за первые полугодия 2016-2020 гг, млн тг**

Виды страхования	1 полугодие 2016 г		1 полугодие 2017 г		1 полугодие 2018 г		1 полугодие 2019 г		1 полугодие 2020 г	
	сумма исков	средний размер иска	сумма исков	средний размер иска	сумма исков	средний размер иска	сумма исков	средний размер иска	сумма исков	средний размер иска
страхование ГПО (за искл. ГПО владельца транспортного средства)	94,1	4,1	2,3	0,8	753,2	150,6	370,5	74,1	154,1	30,8
страхование имущества	294,1	29,4	405,6	135,2	144,5	20,6	60,6	15,2	132,1	33,0
прочее	79,7	39,9	0,2	0,1	526,6	105,3	47,4	23,7	52,7	52,7
страхование автомобильного транспорта	11,1	1,0	15,2	0,8	29,6	1,6	37,3	3,7	29,7	5,0
страхование грузов	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	82,6	27,5	26,4	8,8
страхование ГПО владельца транспортного средства	78,9	13,2	9,8	0,6	5,5	0,3	8,7	0,4	16,9	1,0
страхование от несчастных случаев	26,4	6,6	2,8	1,4	5,4	1,1	5,3	1,3	1,7	0,9
туристические услуги	43,9	1,3	5,1	1,7	4,5	4,5	2,9	1,4	0,1	0,1
страхование ж/д транспорта	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	60,0	60,0	0,0	0,0

Таблица 5. Виды страхования по суммам судебных исков к страховым выплатам за первые полугодия 2016-2020 гг, % от выплат*

Виды страхования	1 полугодие 2016 года	1 полугодие 2017 года	1 полугодие 2018 года	1 полугодие 2019 года	1 полугодие 2020 года	Изменения 2019-2020
страхование ГПО (за искл. ГПО владельца транспортного средства)	9,0%	0,2%	70,3%	26,2%	20,2%	-6,0%
страхование грузов	-	-	0,0%	13,9%	17,6%	3,7%
страхование имущества	8,0%	9,6%	1,3%	0,5%	1,9%	1,3%
страхование автомобильного транспорта	0,4%	0,5%	1,0%	1,1%	0,9%	-0,2%
прочее	79,0%	1,5%	1825,5%	0,2%	0,13%	-0,1%
страхование ГПО владельца транспортного средства	0,8%	0,1%	0,0%	0,1%	0,12%	0,1%
страхование от несчастных случаев	0,5%	0,1%	0,1%	0,2%	0,05%	-0,1%
туристические услуги	26,0%	22,6%	35,0%	5,0%	0,04%	-5,0%
страхование ж/д транспорта	-	-	0,0%	372,7%	0,0%	-372,7%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК за первые полугодия 2016-2020 г., к сумме страховых выплат, осуществленных за первые полугодия 2016-2020 гг.

По сравнению с прошлым годом показатель увеличился на 22%.

Результаты судебных исков, поданных в 1 полугодии 2020 года, свидетельствуют, что на 2% увеличилась доля позитивных решений для истцов (удовлетворение иска или мировое соглашение) и на 8% снизилась доля негативных решений (отказы в исках или в их рассмотрении – рис. 3). В то же время на 7% выросла доля неоконченных разбирательств.

Как показывает структура судебных исков в разбивке по обязательному и добровольному страхованию, в текущем году доля исков по обязательному страхованию выросла на 14% (рис. 4).

В этом году, как и в аналогичном периоде предыдущего года, по наибольшему объему судебных исков лидерами традиционно остаются такие виды, как страхование ГПО (за искл. ГПО владельца транспортного средства) – Т154,1 млн и страхование имущества – Т132,08 млн (таблица 4). В целом, суммы исков выросли по 3 видам страхования: страхование имущества, страхование ГПО владельцем автомобильного транспорта и прочее страхование.

Таблица 6. Страхование автомобильного транспорта

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО «СК «Номад Иншуранс»	13,46%
АО «СК «Евразия»	1,43%
АО «СК «Лондон-Алматы»	0,35%
АО «ДО НБ Казахстана «СК «Халык»	0,02%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

Вместе с тем, учитывая размеры различных видов страхования, мы рассчитали суммы судебных исков к страховым выплатам по различным видам страхования (таблица 5). Наиболее «скандальными» вышли страхование ГПО (за искл. ГПО владельца транспортного средства) (20,2%) и страхование грузов (17,6%) (таблица 5). Наиболее «безопасными» видами выступают: туристические услуги (0,04%), страхование ГПО владельца транспортного средства (0,12%), страхование от несчастных случаев (0,05%) и прочие услуги (0,13%). Страхование от несчастных случаев и страхование ГПО владельца транс-

Таблица 7. Страхование ГПО (кроме владельца транспортного средства)

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО «СК «Виктория»	3371,22%
АО «СК «Номад Иншуранс»	325,78%
АО «СК «Amanat»	59,15%
АО «СК «Сентрас Иншуранс»	2,91%
АО «СК «ACKO»	2,14%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

портного средства и прочие услуги остались такими же безопасными, как и в первом полугодии 2019 года.

Страхование автомобильного транспорта

В крупном сегменте страхового рынка – страховании автомобильного транспорта – количество скандальных компаний сократилось с 5-ти до 4-х (из 15-ти занимающихся данным видом страхования за 1 полугодие 2020 года). С соответствующего периода прошлого года в рейтинге осталось АО «СК «Евразия» (с 1,57% до 1,43%) (таблица 6). В 1 полугодии 2020 года к рейтингу присоединились такие компании, как АО «СК «НОМАД Иншуранс» (13,46%), АО «СК «Лондон-Алматы» (0,35%) и АО «ДО НБ Казахстана «СК «Халык» (0,02%). В целом, в этом году безусловным «лидером» выступает АО «СК «НОМАД Иншуранс», в прошлом году «лидировало» АО «СК «Сентрас Иншуранс».

Страхование гражданско-правовой ответственности (кроме владельцев транспортного средства)

Количество компаний, занимающихся страхованием в данном сегменте, – 12, при этом скандальных компаний 5, как и в аналогичном периоде 2019 года. В данном сегменте с прошлого года остались АО «СК «НОМАД Иншуранс» (с 518% до 325,78%) и АО «СК «Сентрас Иншуранс» (с 1,4% до 2,91%) (таблица 7). Лидером в данной категории за первое полугодие

В этом году, как и в аналогичном периоде предыдущего года, по наибольшему объему судебных исков лидерами традиционно остаются такие виды, как страхование ГПО (за искл. ГПО владельца транспортного средства) – Т154,1 млн и страхование имущества – Т132,08 млн

Таблица 8. Страхование ГПО владельца транспортного средства

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО "НСК"	0,36%
АО "СК "Евразия"	0,28%
АО "СК "Amanat"	0,16%
АО "Kaspi Страхование"	0,15%
АО "СК "АСКО"	0,13%
АО "СК "Jýsan Garant"	0,08%
АО "ДО НБ Казахстана "СК "Халык"	0,04%
АО «СК «Номад Иншуранс»	0,02%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

2020 года выступает АО «СК «Виктория», в аналогичном периоде прошлого года лидировало АО «СК «НОМАД Иншуранс».

Страхование гражданско-правовой ответственности владельца транспортного средства

В данном сегменте страхованием занимается 17 компаний, из них иски были поданы по 8-и. Количество скандальных компаний по сравнению с 1 полугодием 2019 года увеличилось на 1. По данному страхованию показатели претензий клиентов относительно невелики. Лидирует здесь АО «НСК» с показателем 0,36%, второе место занимает АО «СК «Евразия» с показателем 0,28% (таблица 8). По сравнению с показателем аналогичного периода 2019 года уровень компании АО «НСК» увеличился с 0,004% до 0,36%, у АО «СК «Евразия» наблюдается рост – с 0,08% до 0,28%, также у АО «Нефтяная страховая компания» – с 0,15% до 0,16%.

Страхование имущества

Общее количество компаний, занимающихся страхованием имущества, – 13, количество компаний, на которых были поданы иски, осталось на том же уровне, что и в соответствующем периоде 2019 года – 2: АО «СК «НОМАД Иншуранс» – 58,3%, АО «СК «Евразия» – 1,3% (таблица 9).

Страхование от несчастных случаев

Данным видом страхования занимаются 23 компании. Количество скандальных компаний уменьшилось с прошлого года с 2-х до 1-й в текущем году. У АО «ДК Народного банка Казахстана по страхованию жизни «Халык Life» показатель составляет 0,26%.

Страхование в сфере туризма

В первом полугодии судебные иски в этой сфере были поданы только на АО «КК ЗиМС «Интертич» из трех компаний, занимающихся страхованием в сфере туризма (таблица 11). В прошлом году в рейтинге также была 1 компания – АО «СК «Сентрас Иншуранс». АО «КК ЗиМС «Интертич» – 2,1%.

Прочие виды страхования (растениеводство, экологическое и др.)

По итогам первого полугодия 2020 года, количество компаний, «отметившихся» по данным видам, по сравнению с прошлым годом осталось на том же уровне. По АО «СК «Kompetenz» страховых выплат за 2020 год не было, так как страховая компания лишилась лицензии (таблица 12). Однако сумма судебных исков по АО «СК «Kompetenz» в данном периоде составила T52,7 млн.

Страхование железнодорожного транспорта

По данному виду страхования из 3-х компаний ни по одной не было подано исков. В первом полугодии 2019 года по данному виду страхования иски были у АО «СК «НОМАД Иншуранс».

Страхование грузов

В данном сегменте за 1 полугодие 2020 года иски были поданы на 2 из 11 компаний. Лидером является АО «ДО НБ Казахстана «СК «Халык» с коэффициентом в 112,7%, а у АО «СК «Amanat» данный показатель равен 43,3% (таблица 13).

Таблица 9. Страхование имущества

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО «СК «Номад Иншуранс»	58,3%
АО "СК "Евразия"	1,3%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

Таблица 10. Страхование от несчастных случаев

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО "ДК Народного банка Казахстана по страхованию жизни "Халык Life"	0,26%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

Таблица 11. Туристические услуги

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО "З и МС "Интертич"	2,1%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

Таблица 12. Прочие виды страхования (растениеводство, экологическое, займы др.)

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО "СК "Kompetenz"	0%**

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

**По данной страховой компании выплат не было в связи с лишением лицензии.

Таблица 13. Страхование грузов

Наименование страховой компании	Процент от выплат*
АО "ДО НБ Казахстана "СК "Халык"	112,7%
АО "СК "Amanat"	43,3%

*Отношение суммы исковых требований, предъявленных к СК в первом полугодии 2020 года, к сумме страховых выплат, осуществленных за первое полугодие 2020 года.

КАК КОВИД МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ



Текст: Талгат Ергалиев

Случившийся в этом году коронавирус уже потряс многие системы – здравоохранения, госуправления, торговли, логистики и других. Некоторые говорят уже о некоем наступающем новом мире, но последовавшие вследствие COVID-19 эффекты и результаты приводят как минимум к новому прочтению многих привычных понятий и явлений. Стоит пристально взглянуть и на медицинский туризм – понятие для нас сравнительно новое, но при этом часто цитируемое. Что это такое изначально и что с ним в разных сценариях скоро может произойти? Можно ли развивать медтуризм в то время, когда

во многих странах наблюдается нехватка ресурсов здравоохранения на борьбу с пандемией? И тем более, как пойдет это развитие в странах, ставших антилидерами по уровню заболеваемости от коронавируса, учитывая их репутационные потери как провайдеров таких услуг?

Медицинский туризм – это практика предоставления медицинских услуг за пределами региона проживания, совмещение отдыха за рубежом с получением высококвалифицированной медицинской помощи, как это широко определяет Википедия. Однако взглянем на это с позиции сопутствующих систем и с точки

зрения общей функциональности для пользователей.

К какой же системе в большей степени относится медтуризм:

- медицинский туризм является частью туризма;
- медицинский туризм является частью медицинского обслуживания?

Для общественного здравоохранения позиция медтуризма внутри его системы зависит от типа. И в странах с сильной и развитой системой здравоохранения, направленной на медицинское обслуживание прежде всего своих граждан (британская, канадская, немецкая системы), медтуризм вряд ли занимает значимое и

заметное место. В то же время среди лидеров по медтуризму часто выступают азиатские страны (Индия, Малайзия, Таиланд, Филиппины и др.), в которых, собственно, и сам туризм занимает существенное место в экономике. Здесь медицинский туризм в большей степени является туризмом, чем частью системы здравоохранения.

Для *частной медицины* медтуризм – это прежде всего дополнительные «экспортные» доходы, один из каналов продаж своих услуг. Для *туризма* в целом – это дополнительный стимул для въездных туристов посетить страну и задержаться в ней на некоторое время.

Функциональность медицинского туризма для его пользователей тоже можно условно поделить на два направления:

- медицинский туризм *снижает расходы на медицинское обслуживание* для клиентов;
- медицинский туризм *предоставляет доступ* клиентам к более лучшему (по качеству, сервису, срокам предоставления) медицинскому обслуживанию.

СЦЕНАРИИ ВОЗДЕЙСТВИЯ COVID-19 НА МЕДТУРИЗМ

Сильно упрощая, можно выделить такие основные эффекты от коронавирусной инфекции (КВИ) для медицинского туризма:

- КВИ *ограничивает въезд в другие страны*, что приводит к недоступности услуг по медтуризму. Одновременно эти и подобные услуги в приоритетном порядке предоставляются своим гражданам.
- КВИ приводит к *увеличению медицинского обслуживания средним клиентом* (в случае заражения и лечения), что повышает вероятность его обращения к услугам медтуризма. То есть, переболевшие коронавирусом люди станут чаще лечиться в будущем, значительно больше уделяя времени профилактике своего здоровья, тем более, что в условиях пандемии появляется и такой фак-

тор, как недоверие к уровню медорганизаций в собственной стране.

- КВИ приводит к *улучшению медицинского обслуживания* со стороны медорганизаций, прежде всего в глазах клиентов, что развивает и привлекательность медтуризма.
- КВИ приводит к *ухудшению медицинского обслуживания* со стороны медорганизаций, что косвенно подтверждается статистикой по COVID-19 по странам, и это снижает потенциал медтуризма.

Можно ранжировать результативность эффектов от -2 (негативное воздействие) до +2 (позитивное влияние) и также условно оценить их (таблицы по сценариям). В данном случае это не дает полной картины, предлагается лишь подход для анализа эффектов COVID-19 на медицинский ту-

ризм, который в дальнейшем можно пропустить через экспертную оценку со стороны профильных профессионалов и стейкхолдеров.

Как видно из таблиц с оценкой эффектов на тип и функциональность медтуризма, не все эффекты являются строго отрицательными. Можно сказать, что страны и медорганизации, успешно справляющиеся с вирусной эпидемией, могут даже выиграть от нее.

Ведь пандемия COVID-19 по аналогии выступает некоей «Олимпиадой» для систем здравоохранения в разных странах: происходит по всему миру в одно и то же время, имеет «общие правила» (один вирус, похожие тесты и протоколы лечения, отсутствие вакцины у всех), наблюдается специалистами и «зрителями»

СЦЕНАРИЙ ПО ЭФФЕКТУ «ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВЪЕЗД В СТРАНУ»	Медтуризм снижает расходы на медобслуживание	Медтуризм дает доступ к лучшему медобслуживанию
Медтуризм как часть туризма	-2	-2
Медтуризм как часть медобслуживания	-2	-2

СЦЕНАРИЙ ПО ЭФФЕКТУ «УВЕЛИЧЕНИЕ МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ СРЕДНИМ КЛИЕНТОМ»	Медтуризм снижает расходы на медобслуживание	Медтуризм дает доступ к лучшему медобслуживанию
Медтуризм как часть туризма	+1	+1
Медтуризм как часть медобслуживания	+2	+1

СЦЕНАРИЙ ПО ЭФФЕКТУ «УЛУЧШЕНИЕ МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ СО СТОРОНЫ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ»	Медтуризм снижает расходы на медобслуживание	Медтуризм дает доступ к лучшему медобслуживанию
Медтуризм как часть туризма	+1	+1
Медтуризм как часть медобслуживания	+2	+2

СЦЕНАРИЙ ПО ЭФФЕКТУ «УХУДШЕНИЕ МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ СО СТОРОНЫ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ»	Медтуризм снижает расходы на медобслуживание	Медтуризм дает доступ к лучшему медобслуживанию
Медтуризм как часть туризма	-1	-2
Медтуризм как часть медобслуживания	-1	-2

в он-лайн режиме, имеет исчисляемые показатели (число зараженных, вылечившихся, умерших, то же – на душу населения). Происходит как бы «ковид-тестирование» национальных систем здравоохранения, усиленное негативным и агрессивным информационным фоном, доступностью общих данных по КВИ, фейками, общественной рефлексией, личными страхами. И по итогам такой «ковид-Олимпиады» будет озвучен понятный и признаваемый большинством статус выигравших и проигравших стран. И проигравшие вряд ли в обозримом будущем будут сколь-нибудь значимыми провайдерами услуг по медтуризму.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ОТ КВИ

Уже несколько десятилетий в мире происходит рост неинфекционных заболеваний (по сравнению с прошлыми периодами и относительно динамики по инфекционным болезням) – за счет успешной борьбы с некоторыми инфекциями, увеличением средней продолжительности жизни, некоторым улучшением доступа к общественным медицинским услугам.

КВИ в случае лечения от вируса предоставляет возможность *дополнительного недобровольного медицинского обследования* значительного количества людей в разных странах, регионах, разных возрастов и рода занятий. Вследствие этого могут сформироваться новые базы данных по такому «обследованию», в том числе по ряду неинфекционных заболеваний в различных половозрастных, географических, профессиональных разрезах.

Это, в свою очередь, дает возможность медорганизациям, предоставляющим услуги по медтуризму, использовать такие эмпирические данные в своей работе, уточняя клиентские группы, продукты для них и формируя новые. Если же это будет подкреплено возможностью международного обмена такими данными, пусть и в предельно агрегированном виде, медицинский туризм может в

этот раз стать больше похожим на обычный туризм, где «клиенты из таких-то стран имеют такие-то особенности, привычки, предрасположенности, потребность в таком-то сервисе». И это можно учитывать в работе, а не просто обучить персонал говорить по-английски.

Как это ни странно звучит, COVID-19 может способствовать *интернационализации услуг по медтуризму*. До сих пор в мировом масштабе медицинский туризм как рынок представлял собой отдельные оригинальные фрагменты, возникшие исторически, случайно или под влиянием совсем других внешних факторов. Так, из исследования International Trade Centre «Medical and wellness tourism: lessons from Asia. International Trade Centre» можно привести следующие факты.

«Согласно данным Mattoo и Rathindran, выходцы из Индии являются наиболее многочисленной группой иностранных студентов в США, обучающихся медицине. Часть из них возвращается в Индию на работу, некоторые – после нескольких лет практики остаются в США, что делает медицинский туризм в эту страну более привлекательным».

«Как исламская страна и участник Организации исламского сотрудничества, Малайзия получает иностранных пациентов из Ближнего Востока, а также из Индонезии и Бангладеша. Пациенты из соседних стран, особенно богатые индонезийцы, приезжают в Малайзию за медицинскими услугами, которые в Индонезии недоступны или находятся на более низком качественном уровне».

«Усилия Филиппин по развитию медицинского туризма осуществлялись не только с целью повышения экспортных доходов, но и для того, чтобы предотвратить «утечку мозгов» в здравоохранении. Страна была основным поставщиком медперсонала, особенно в США, Канаду, Великобританию и Сингапур. Спрос на медицинский туризм также связан с большим количеством филип-

пинцев, работающих за границей, в США и других странах, и посещающих свои семьи во время отпусков».

Теперь же, когда COVID-19 накрыл весь мир, на эту «сетку координат» можно наносить и усложнение конкуренции и особенностей услуг по медтуризму: *специализация по конкретному заболеванию, географически ближайший медцентр, ближайшие доступные медуслуги*. КВИ перестроит мировой рынок медтуризма через его *сегментацию, консолидацию, кооперацию*. Это косвенно может изменить и туризм в целом, который уже точно «никогда не будет прежним», и страхование выезжающих за рубеж. Возможны следующие экзотические варианты: медтуризм как «легальный» вид туризма в условиях жестких карантинных ограничений, в том числе на перемещение между странами; VIP-туризм с элементами медтуризма.

МЕДУРИЗМ В КАЗАХСТАНЕ: ПЛАНЫ ГЕНШТАБА, ОПЕРАЦИИ НА УРОВНЕ БАТАЛЬОНА

В Казахстане существует законодательно закрепленный доступ по медобслуживанию для иностранцев.

Так, из ст. 83. «Права и обязанности кандасов, иностранцев, лиц без гражданства и иных лиц» нового «Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения» следует, что: «иностранцы и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории РК, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи наравне с гражданами РК...»; «иностранцы и лица без гражданства, временно пребывающие в Республике Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню и в объеме, определяемых уполномоченным органом...»

Медтуризм впервые стал относиться к приоритетным видам туризма по «Государственной программе разви-

Учитывая текущие результаты по распространению ковида в стране и связанные с этим среднесрочные эффекты по имиджу системы здравоохранения (внутри Казахстана и вне его), необходимость ее балансировки и отладки, можно на несколько лет ограничить амбиции по привлечению иностранных пациентов нашими соседними странами. Речь прежде всего идет о России, Кыргызстане, Узбекистане

тия туристской отрасли РК на 2019–2025 годы», принятой в мае прошлого года.

Как следует из нее, «основными сдерживающими факторами для развития въездного медицинского туризма являются: отсутствие правовой базы и сформированного медицинского туристского продукта, в том числе списка приоритетных медицинских услуг для анализа и продвижения их конкурентных преимуществ, недостаточный уровень менеджмента и сервиса в медицинских организациях и санаториях, соответствующего клиническим возможностям, отсутствие информационной базы для пациентов и туроператоров...»

В числе мероприятий по развитию медтуризма в госпрограмме указаны следующие:

- формирование медицинских турпродуктов (обучение менеджеров клиник правилам формирования турпродуктов, пониманию составляющих турпродуктов);
- разработка стандартов сервиса для медицинских организаций;
- внедрение стандартов сервиса медицинскими организациями;
- проведение маркетинговых исследований с определением перечня конкурентоспособных медицинских турпродуктов РК, а также целевых стран;
- разработка маркетинговой стратегии по медицинскому туризму;

- обеспечение продвижения медицинских турпродуктов для целевых рынков на основе маркетинговой стратегии.

Из новостей по реализации госпрограммы по туризму в плане медтуризма любопытна следующая от октября 2019 года: «РЦРЗ провел селекторное совещание с ключевыми МО Казахстана по развитию медицинского туризма», в которой перечислены некоторые медорганизации, способные стать провайдерами услуг по медтуризму.

В частности, в мероприятии приняли участие такие медорганизации, как Национальный научный кардиохирургический центр, «Национальный центр нейрохирургии», «Больница медицинского Центра УДП РК», «Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», филиалы корпоративного фонда «University Medical Center» (Республиканский диагностический центр, «Национальный научный центр материнства и детства», «Национальный центр детской реабилитации»).

Логично, что исполнителями реализации госполитики по туризму в части медтуризма выступают специализированные медицинские центры, имеющие соответствующие для этого ресурсы, существенно превышающие возможности обычных медорганизаций. Речь идет об уровне медперсонала, медоборудования, бюджетах, методах лечения, наличии собственных инновационных площадок.

Однако в целом по развитию медицинского туризма в Казахстане получается несимметричная картина.

По госполитике *медтуризм является частью туризма* – одним из семи приоритетных видов, в одном ряду, например, с охотничье-трофейным. Но, исходя из условного его отнесения к сопутствующей системе, указанной в начале данной статьи, медтуризм фактически относится к *специализированному медобслуживанию*, которое могут оказывать только несколько крупных медорганизаций,

в основном в Нур-Султане и Алматы. Но по факту медтуризмом занимаются небольшие ЭКО-центры (по экстракорпоральному оплодотворению¹) и пытаются работать региональные игроки, ориентированные на приграничные российские регионы². Об этом «Улагатты Медицина» уже неоднократно писал.

Поэтому развитие медтуризма скорее всего будет ограничено самостоятельными стратегиями, политикой и деятельностью этих медорганизаций. Причем в каждом отдельном случае важность «экспортных» медицинских услуг будет определяться на уровне менеджмента медорганизации, а часто это специалисты в возрасте 60+ со своей особой ментальностью и исходя из массы факторов, интересов и даже случайностей.

«Планы на уровне Генерального штаба и операции на уровне тактических подразделений» по медтуризму получаются вследствие: отсутствия изначального видения важности / ненужности медицинского туризма для страны; недостаточности мер господдержки медтуризма (см. меры по стандартам, исследования выше).

При этом надо понимать, что пандемия COVID-19 сегодня «рейтингуется» страны по уровню их национальных систем здравоохранения, что в более узком смысле относится и к специализированным медуслугам. «Много зараженных ковидом» в общественном понимании и на уровне личного восприятия почти что сводит на нет усилия по «обеспечению продвижения медицинских турпродуктов для целевых рынков на основе маркетинговой стратегии» (одно из указанных выше мероприятий госпрограммы по туризму).

В то же время, как указано выше: «COVID-19 может способствовать интернационализации услуг по медтуризму», «КВИ переформатирует мировой рынок медтуризма через его сегментацию, консолидацию, кооперацию». Это дает возможность

Пожалуй, среднесрочная тенденция по минимизации расходов среднего класса и даже элит в этих странах (и это ниша для специализированных медцентров), что приводит к ситуации выбора мест отдыха и лечения поближе и подешевле

расширения международных связей медорганизаций.

Подводя некоторые итоги, в плане дальнейшего развития казахстанского медтуризма можно зафиксировать следующее.

Учитывая текущие результаты по распространению ковида в стране и связанные с этим среднесрочные эффекты по имиджу системы здравоохранения (внутри Казахстана и вне его), необходимость ее балансировки и отладки, можно на несколько лет ограничить амбиции по привлечению иностранных пациентов нашими соседними странами. Речь прежде всего идет о России, Кыргызстане, Узбекистане.

При работе с ними есть как безусловно сильные стороны – отсутствие языкового барьера, сравнительно высокий уровень оснащенности медоборудованием и методами лечения указанных выше специализированных медцентров, так и некоторые возможности. К ним можно отнести:

- сравнительно высокий уровень цен на медицинские услуги в России по сравнению с Казахстаном, и это ниша для региональных медорганизаций из приграничных областей;

- продолжение сохранения антироссийских санкций, в результате чего целые категории госслужащих и силовиков ограничены в своих поездках;

- пожалуй, среднесрочная тенденция по минимизации расходов среднего класса и даже элит в этих странах (и это ниша для специализированных медцентров), что приводит к ситуации выбора мест отдыха и лечения поближе и подешевле.

И да, все-таки услуги по медтуризму – это доходы в твердой валюте на уровне медорганизации и экспорт услуг на уровне страны. И если найти свое позиционирование и ниши на формирующемся глобальном рынке медицинского туризма, последний может стать экспортной подотраслью со всеми вытекающими отсюда возможностями повышения качества медуслуг, международных стандартов, рейтингов, сотрудничества. Главное понимать, что развивать медтуризм надо не как популярное и престижное направление (при этом явно по ходу дела, а не отдельно), а учитывая и свой реальный уровень, и имеющиеся и возникающие шансы опять же в быстро изменяющихся для медицины во всем мире условиях.

¹ РЫНОК УСЛУГ ЭКО: ЗАМАХНУТЬСЯ НА БОЛЬШЕЕ, М Каирленов, к.э.н., Б Рахимбеков, УМ №2 (24) март-апрель 2019 г.

² Здравоохранение ВКО: системный путь к лидерству, М Амренова, УМ №2 (18) март-апрель 2018 г.

ДАШБОРДЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Текст: Ниязбек Бектембаев

Индустрия здравоохранения становится все более и более зависимой от своевременных и точных данных, чтобы вовремя реагировать на развитие ситуации в отдельных элементах организации и компании в целом. Проблему фокусировки внимания на ключевых аспектах решает такой инструмент, как дашборды или панели управления. В этой связи представляем вашему вниманию рекомендации экспертов по формированию наиболее эффективных дашбордов.



Дашборд (Панель мониторинга / Информационная / интерактивная панель) – это компонент графического пользовательского интерфейса, который предоставляет обзор важных, ключевых показателей / метрик для конкретного бизнеса / подразделения, что повышает прозрачность организаций и качество менеджмента. Используя простые диаграммы, можно наглядно визуализировать собранные данные и отобразить текущее состояние нужных нам показателей и создавать обоснованный прогноз на будущее.

Информационные панели начинали как инструмент, который в основном использовался для сбора данных в реальном времени и эффективного анализа трендов данных вместо ручных, длинных и сложных отчетов. Сегодня уже интуитивно понятные информационные панели предоставляют точные и своевременные данные в соответствии с общими стандартами, которые помогают улучшить качество обслуживания пациентов.

Для простого примера можно привести водителя авто. Как мы знаем, перед ним в панели приборов расположены только те приборы, которые легко увидеть, смотря на дорогу. Этот набор и есть тот дашборд, о котором мы говорим, и все инструменты, показанные там, связаны непосредственно с работоспособностью автомобиля, а потом уже чуть дальше кнопки управления аудиосистемой, открыванием дверей и т.д.

Дашборд в здравоохранении объединяет важные данные, связанные как с пациентом, так и с другими операционными данными в единый интерфейс, сильно облегчает жизнь медработникам и менеджерам здравоохранения на различных уровнях управления медорганизацией. Каждый специалист, потребитель информации создает дашборд в зависимости от своих нужд и в рамках, дозволенных его/её должностью. Медсестра может установить для себя в качестве ключевых жизненные показатели своего пациента, оценку, поставленную им, отзывы и т.д. Также медсестре можно было бы наблюдать и за состоянием здоровья всего медцентра, однако ей эта информация не надобна, и скорее всего руководство ограничит её в доступе к таким данным, ссылаясь на коммерческую тайну и т.д. То есть, у каждого звена в цепочке поставки медуслуг пациенту дашборд разный. Примеры, из чего состоят дашборды в зависимости от должности, можете посмотреть в приложении 1.

Оснащенные этим рациональным пониманием и правильной интерпретацией информации, медработники могут принимать обоснованные клинические и управленческие решения. Эксперты выделяют несколько видов дашбордов в медорганизациях, представляющих различные аспекты их деятельности. Так, выделяют дашборды: клинические (Clinical Dashboards), медицинских организаций (Healthcare Organization Dashboards), пациентов (Patient Dashboards), больничные (Healthcare Provider Dashboards), качества (Quality Dashboards) и др.

ВРЕЗКА 1. ВИДЫ ДАШБОРДОВ В МЕДОРГАНИЗАЦИЯХ:

- Клинические дашборды используются для измерения существующей нагрузки пациентов на отделения неотложной помощи, сестринскую службу и уровень занятости койко-мест. Эти типы дашбордов помогают отслеживать всплески давления на общественное здравоохранение, такие как эпидемия гриппа, для эффективного планирования кадровых потребностей.
- Больничные дашборды помогают вашей компании в отслеживании времени ожидания скорой помощи и отслеживании госпитализаций. К этой категории относятся дашборды, которые отображают квартальные доходы, стоимость обслуживания 1 пациента и расходы департаментов. Это помогает всем в больнице работать для достижения финансовых целей.
- Дашборды пациентов помогают увидеть среднюю продолжительность пребывания пациентов, время выполнения лабораторных работ и количество текущих пациентов.
- Дашборды для врачей помогают врачам в реальном времени отслеживать удовлетворенность пациентов, количество текущих и новых пациентов.
- Дашборды качества и риск-менеджмента помогают отслеживать и упрощать сложные вопросы Соблюдения требований (Compliance control). Эти типы дашбордов помогают управлять данными о безопасности пациентов, основными показателями качества и сравнивать отраслевые показатели с внутренней производительностью.

Источник: составлено автором по данным «Why Is it Needed To Use Healthcare Dashboards To Track Data?». Sunil Gupta, 08.10.2018 г. <http://www.healthtechzone.com/topics/news/articles/439806-why-it-needed-use-healthcare-dashboards-track-data.htm>

Оснащенные этим рациональным пониманием и правильной интерпретацией информации, медработники могут принимать обоснованные клинические и управленческие решения. Эксперты выделяют несколько видов дашбордов в медорганизациях, представляющих различные аспекты их деятельности. Так, выделяют дашборды: клинические (Clinical Dashboards), медицинских организаций (Healthcare Organization Dashboards), пациентов (Patient Dashboards), больничные (Healthcare Provider Dashboards), качества (Quality Dashboards) и др.

Dashboards), пациентов (Patient Dashboards), больничные (Healthcare Provider Dashboards), качества (Quality Dashboards – врезка 1) и др.

Эксперты отмечают следующие преимущества использования дашбордов в медорганизации:¹

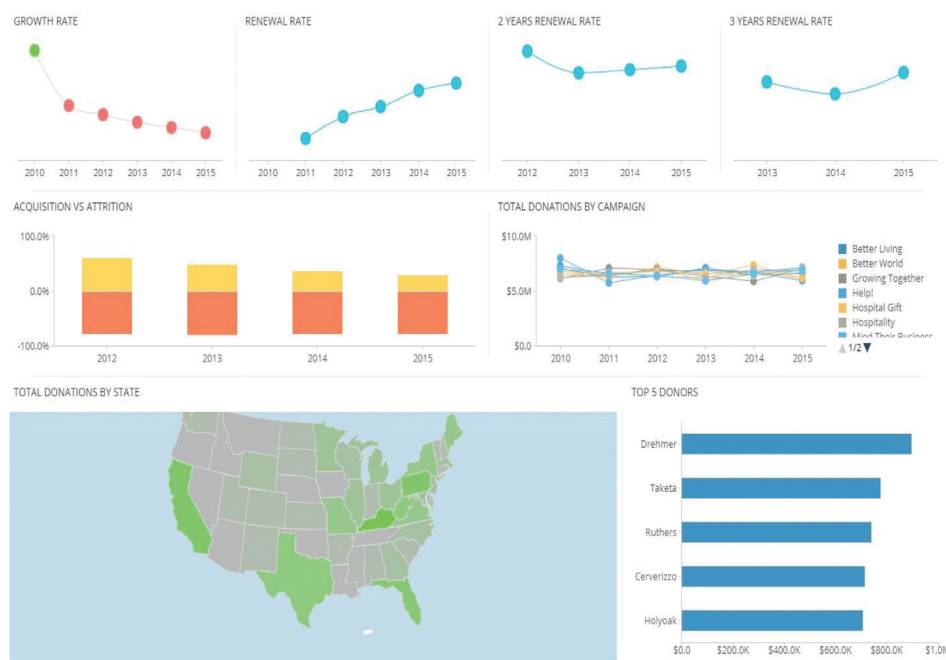
- Улучшает отчетность и анализ данных путем их объединения из различных источников деятельности медорганизации – качества обслуживания, препятствий для принятия решений, заключенных контрактов и т.д.;
- Минимизирует неэффективность, такую как отсутствующие или неточные данные, или их избыточность;
- Предоставляет ценные идеи о коммерческой эффективности больниц и тенденциях в показателях оценки удовлетворенности пациентов;
- Способствует прозрачности в медицинском учреждении и созданию условий для совместной работы коллег, специалистов и других сотрудников.

ПОНИМАТЬ, ЧТОБЫ ПРАВИЛЬНО ВЫБИРАТЬ

Дашборды, как отмечено выше, объединяют информацию из различных источников. В основном это такие источники, как:²

- Электронные медицинские карты (ЭМК - Electronic Medical Records - EMR) – это, по сути, цифровая версия бумажной карты пациента, используемая клиницистами для мониторинга состояния пациента, лечения, которое он или она должен проходить, и т.д. Карты обычно находятся в пределах учреждения, в котором пациенты проходят лечение.
- Электронные медицинские записи (ЭМЗ - Electronic Health Records - EHR) – более широкий набор цифровых записей, относящихся к общему состоянию здоровья пациента, включая информацию

РИС 1. ПРИМЕР ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАШБОРДА МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ



Источник: «Healthcare Dashboards: Examples of Visualizing Key Metrics & KPIs», D Liberty, 13.09.2018 г., <https://www.sisense.com/blog/healthcare-dashboards-examples-visualizing-key-metrics/>

о предыдущем лечении, проводимом другими медицинскими работниками, специалистами, лабораторные анализы и многое другое. Обычно они перемещаются вместе с пациентом и используются разными поставщиками;

- Отдельные данные подразделений – собираются определенными отделами или подразделениями в рамках организации здравоохранения;
- Административные данные – собираются в системах управления медорганизациями и анализируют общую работу больницы. Обычно используются топ-менеджерами медучреждения и могут включать информацию по таким вопросам, как кадровые ресурсы и др.;
- Финансовые данные – часто хранятся в частных системах управления финансами (например, 1С. Бухгалтерия) для крупных организаций.

Кроме того, в дашбордах используют данные из государственных и/или международных информационных

систем для визуализации сравнения показателей медучреждения со средними значениями региона страны и/или мира, вида медучреждения и т.д. Как показано на рисунке 1.

Рассматривая содержание дашборда, необходимо отметить, что данные в медорганизации подразделяют по-разному. Однако чаще всего их делят на клинические, оперативные и финансовые. По этому признаку далее и делятся панели мониторинга.

Также дашборды опираются на представление данных через Ключевые показатели эффективности (Key performance indicators - KPI). KPI служат целевой точкой, той нормой показателей, к которой стремится каждая организация. Ею могут быть требования качества, расчетные нормы показателя производительности сотрудника, медоборудования и т.д. В основном при построении графика в дашборде верхней границей графика являются установленные значения KPI, и чем ближе выявленные значения, тем лучше. На основе сравнения ключевых данных в панели монито-

1 «6 Healthcare Dashboards For Advanced Data Visualization», R Shah, 04.03.2020 г. <https://www.osplabs.com/insights/6-healthcare-dashboards-for-advanced-data-visualization/>.

2 «Healthcare Dashboards: Examples of Visualizing Key Metrics & KPIs», D Liberty, 13.09.2018 г. <https://www.sisense.com/blog/healthcare-dashboards-examples-visualizing-key-metrics/>.

ТАБЛИЦА 1. ОБЩИЕ ИНДИКАТОРЫ КРІ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ ПРОСМАТРИВАТЬСЯ В ПАНЕЛИ МОНИТОРИНГА

Тип	Показатель КРІ	Описание КРІ	Как это помогает операционному директору
Клинические. Они имеют большое влияние на результат	Инциденты в больнице	Число пациентов, страдающих от инфекций, трансфузионных реакций, послеоперационной дыхательной недостаточности, тромбоза глубоких вен, послеоперационного сепсиса и др.	СОО получает быстрый снимок о том, как больница работает в отношении качества медицинской помощи. Подробная информация дает представление о факторах, которые требуют немедленных корректирующих действий.
	Уровень смертности	Уровень и коэффициент послеоперационной смертности.	Главный операционный директор может сравнить эффективность работы медучреждения и посмотреть, как оно работает в сравнении со средними показателями по стране, области, также в сравнении с его конкурентами.
	Удовлетворительность пациента	Оценка вежливости персонала, качества блюд, качества медицинской помощи, оценка уборки.	Данные об удовлетворенности пациентов дают ценную информацию для внесения корректировок в такие области, как эффективность процесса госпитализации и управление приемом пациентов в клиническое отделение. Это ценно и для обучения персонала, формирования морального духа и креативного маркетинга.
Оперативные. Они оказывают большое влияние на производительность, моральный дух сотрудника и удовлетворенность пациентов	Ошибки при назначении медикаментов	Неправильные лекарства, неправильный пациент, неправильная дозировка.	Технологические опции, такие как использование компьютеризированного ввода заказов врачей и системы поддержки принятия клинических решений (СППКР) для подсказок по аллергии, беспроводная идентификация пациентов и датчики могут быть использованы для уменьшения ошибок при приеме лекарств.
	Время ожидания пациента	Прием, выписка, сортировка, скорая помощь, диагностика (лаборатория, радиология).	Время ожидания пациента напрямую влияет на уровень его удовлетворенности. Такое понимание позволяет СОО ориентироваться на области улучшения с более высоким временем ожидания. Таким образом, обучение персонала проводится для увеличения эффективности.
	Средняя продолжительность пребывания (ALOS)	Прием (последний день / месяц до даты / год до даты), выписка (последний день / месяц до даты / год до даты)	Ежедневная, еженедельная, ежемесячная, ежеквартальная перепись приема и выписки может дать представление о пропускной способности пациентов для больницы. При прочих равных условиях более короткое пребывание сокращает стоимость выписки и переводит лечение со стационарного на менее дорогое состояние после лечения. Однако более короткое пребывание, как правило, требует более интенсивного обслуживания и обходится дороже в день. Очень короткое пребывание также может отрицательно сказаться на состоянии здоровья или снизить комфорт и выздоровление пациента. Если это приводит к повышению уровня повторного пребывания (реадмиссии), затраты на эпизод болезни могут немного снизиться или даже возрасти.
	Коэффициент использования активов	Коэффициент использования кровати, время использования оборудования, время обслуживания оборудования, время простоя оборудования	Активы приносят доход только тогда, когда они используются. Отслеживание эффективности всех активов больницы может оказать огромное влияние на удовлетворенность пациентов и итоговую прибыль. Низкие уровни использования приводят к потере дохода, а очень высокий уровень использования приводит к увеличению времени ожидания, отмены и отклонений.
Финансовые. Они имеют большое влияние на верхнюю и нижнюю линии	Производительность плательщика	Доля выплаченных претензий, сумма возмещения, их объем.	Результаты деятельности плательщиков позволяют понять, как выполняются контракты с плательщиками и с какими из них необходимо провести переговоры.
	Производительность врача	Доход на одного врача, возмещение на одного врача.	Показатели работы врача дают представление о том, как работает каждый врач с точки зрения количества случаев, дохода на случай, стоимости использования на случай бонусов и штрафов, возложенных на врача.
	Производительность больницы (медучреждения)	Маржинальная прибыль, возмещение расходов на лечение.	Это обеспечит в режиме реального времени моментальный снимок эффективности работы больницы с точки зрения выручки, прибыли, маржи, возмещения затрат на использование.
	Направление в сторонние центры	Часы переадресации, отсутствие врача	Перераспределение скорой помощи оказывает очень большое влияние на клинический исход и является прямой потерей дохода для больницы. Следует приложить усилия, чтобы сохранить это на минимальном уровне.
	Расходы, понесенные больницами	Сверхурочные часы, ошибка результатов теста	Сверхурочные часы дают представление о проблемах планирования мощностей и оказывают непосредственное влияние на итоговые показатели, а также на удовлетворенность сотрудников. Ошибки в результатах испытаний приводят к потере дохода и ресурсов, что влияет на итоговую прибыль. Анализ причин должен быть выполнен, чтобы уменьшить эти случаи.

ринга руководители принимают собственные решения. К примеру, менеджер принял 4 человека в день, потратив на каждого по 2 часа – это хорошо или плохо? Чтобы ответить на этот вопрос, руководители устанавливают нормы для каждого показателя и случая. После сравнения с этими нормами KPI руководство уже может строить дальнейшие планы.

Дашборды, созданные с системами бизнес-аналитики и используемые администраторами больниц, должны собирать данные по KPI из различных источников в учреждении и давать целостное представление. При таком агрегировании данных операционный директор может получить в режиме реального времени 360-градусный снимок эффективности работы больницы и принять упреждающие решения. В то же время панель мониторинга должна углубляться в каждую из деталей KPI, чтобы определить и устранить основные причины недостижения результата.

Кроме того, системы бизнес-аналитики должны предоставлять информацию в дашборды из систем поддержки принятия решений в части:

- Прогноза вероятных событий на основе тенденций, истории и экстраполяции;
- Предлагать корректировки, необходимые для достижения контрольных показателей.

Существует множество показателей KPI, которые можно создавать и придумывать самому. Однако важно, чтобы они были информативны и полезны для принятия решений. Некоторые из них приведены в таблице 1.

Разработка эффективного дашборда так же важна, как и разработка рыночной стратегии для организации. Хорошо структурированный и интегрированный дашборд обеспечивает эффективное решение многих проблем здравоохранения. В целом, эксперты выделяют следующие признаки эффективных дашбордов:³

Медицинские информационные панели важны не только для клиницистов, администрации больниц и групп по улучшению, но также для инвесторов и грантодателей. Инвестируйте в настраиваемые шаблоны панелей инструментов, которые удобны для пользователя и помогают понять и интерпретировать, как различные наборы данных влияют на ваш проект, отдел и организацию в целом.

- Четко определенные KPI для различных функций и отделений больницы;
- Сбор качественных и своевременных данных и информации из различных систем бизнес-аналитики, используемых в организации;
- Хорошие, платные компоненты систем бизнес-аналитики;
- Дизайн должен предусматривать индивидуальные информационные панели для руководителей подразделений по конкретным функциям: клиническим, операционным, финансовым и людским ресурсам. В то же время панель управления должна предоставлять обзор функционирования больницы в целом ключевому управленческому персоналу, как генеральный директор и финансовый директор;
- Предоставлять своевременные оповещения, обострения и указания;
- Выделить тенденции и определенный набор действий (ручных или автоматических);
- Возможность доступа и взаимодействия с другими медицинскими системами;
- Гибкий, расширяемый и модернизируемый дашборд для удовлетворения будущих требований;
- Обеспечить 360-градусный обзор и анализ в реальном времени работы больницы;

- Дизайн на основе Windows для облегчения навигации по исходной базе данных и базе данных KPI;
- Дашборд должен быть удобным для пользователя, предоставлять резюме и выводы с использованием наглядных пособий, графических диаграмм, диаграмм и т.д.;
- Панель инструментов должна быть интерактивной, чтобы облегчить быстрое принятие решений;
- Защита данных должна быть на высоком уровне.

Однако, учитывая вышеизложенное, эксперты советуют сохранить дизайн простым. Учитывая сложность информации на дашборде, может быть трудно найти дизайн, который рассказывает всю историю, не выходя за рамки. Сделайте дизайн приборной панели как можно более простым и кратким, чтобы читатель мог получить быстрый обзор информации. Имеет смысл добавить глоссарий, который поможет определить ключевые термины, а также контактную информацию для тех, кто управляет панелью мониторинга.

Панель инструментов должна быть визуально привлекательной с сочетанием графики и текста. Текст должен быть визуальным, а графика играет важную роль, но ее не следует включать, если она ничего не дает отчету. Включите место для кратких комментариев и объяснений.

3. «Improving efficiency of hospitals and healthcare centres», P Kariya. Ааргуст 2015 г., <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1511/1511.03204.pdf>.

Чтобы создать хорошо продуманную панель инструментов, помните следующее (врезка 1):⁴

- Используйте цвет, чтобы привлечь внимание к важным вопросам (например: зеленый – хорошо, цель выполнена, желтый – средне, нейтрально, красный – угроза, проблема);
- Определите конкретные шаги действий;
- Будьте лаконичны;
- Не перегружайте читателя данными.

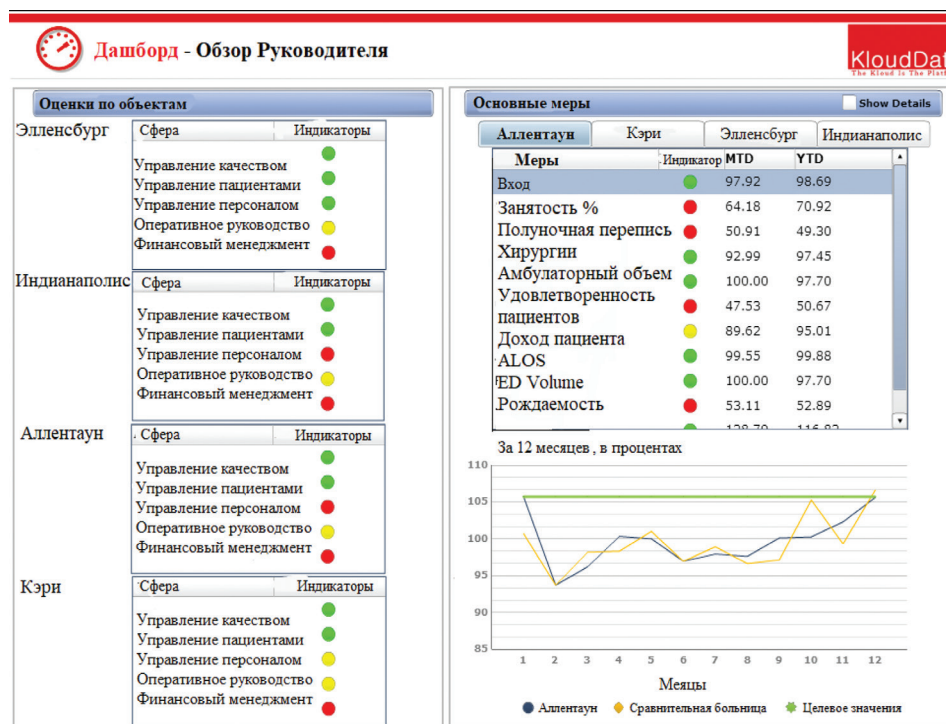
Вывод

Во всей отрасли здравоохранения нет недостатка в данных. Но определенно не хватает контекстуализации и понимания собираемых данных. Современные инструментальные панели, безусловно, являются ответом на важную связь между разнородными источниками данных. Они помогают более действенно анализировать данные для принятия более эффективных бизнес-решений.

Принятие стратегических решений имеет решающее значение для успеха организации в сложной отрасли здравоохранения, и правильные информационные панели здравоохранения могут помочь вам добиться этого успеха. Медицинские информационные панели важны не только для клиницистов, администрации больниц и групп по улучшению, но также для инвесторов и грантодателей. Инвестируйте в настраиваемые шаблоны панелей инструментов, которые удобны для пользователя и помогают понять и интерпретировать, как различные наборы данных влияют на ваш проект, отдел и организацию в целом.

Несопоставимые и разрозненные хранилища данных в разных отделениях больницы представляют собой самое большое препятствие для принятия решений. Они препятствуют сбору в реальном времени действенной информации о работе больницы в отношении клинических, операционных и финансовых ключевых показателей эффективности (KPI).

ВРЕЗКА 1. ПРИМЕРЫ НАБОРА ИНСТРУМЕНТОВ И ИНДИКАТОРОВ В ДАШБОРДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНЕЧНОГО ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ



4 «A Guide to Dashboard Development and Implementation», http://cdn2.hubspot.net/hub/381908/file-681589285-pdf/Pdf/WP_Dashboards.pdf?h=1439501618154

Примечание: Составлено авторами на основе статьи «Improving efficiency of hospitals and healthcare centres», P Kariya, август 2015 г., <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1511/1511.03204.pdf>

ОТ РЕГИСТРАТОРА ДО ДИРЕКТОРА

**Полная автоматизация всех
процессов лаборатории**



1 Все отчеты
в один клик

2 Подключение
более 350 видов
анализаторов

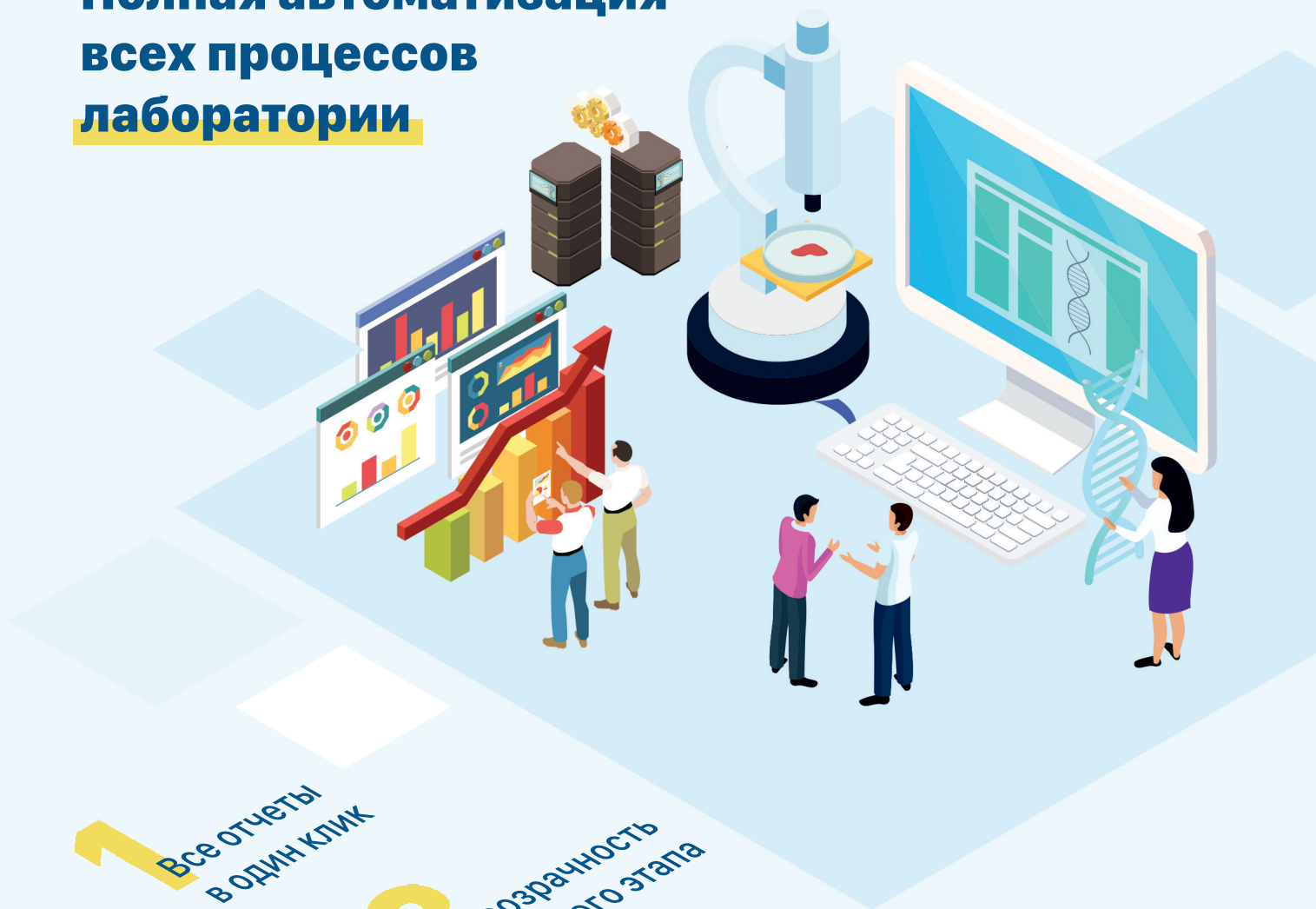
3 Прозрачность
каждого этапа

4 Гибкость
настроек

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