

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

### FUNCTIONAL STRATEGY OF HEALTH CARE DEVELOPMENT IN THE REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION

А.Г. Шиповалов

A.G. Shipovalov

*Омский филиал Финансового университета при Правительстве Российской Федерации  
Financial University under the Government of the Russian Federation (Omsk branch)*

*Статья поступила в редакцию 27 июля 2014 г.*

Определено, что один из трех этапов реализации Концепции развития здравоохранения до 2020 г. в Российской Федерации предусматривает активное развитие его региональной составляющей. Данный подход должен предусматривать, в частности, активное использование инновационных механизмов реализации комплекса региональных целевых программ в области здравоохранения. В составе блока болезней мочеполовой системы в современных условиях все более важную роль начинают приобретать болезни населения, приводящие к различным видам почечной недостаточности, в том числе к хроническим формам. Как результат положительной тенденции динамики заболеваемости в регионе необходимо отметить, что в 2014 г. в Омской области отсутствовали очереди в листе ожидания для пациентов для получения ими бесплатной специализированной медицинской помощи в области гемодиализа. Первый этап реализации функциональных стратегий оказания медицинской помощи в регионах России, по мнению автора, охватывает 1990-е гг. вплоть до 2000 г. Для данного этапа наиболее характерно отсутствие необходимой государственной политики в области здравоохранения, в том числе и оказания специализированной медицинской услуги в области гемодиализа. Второй этап функциональной стратегии оказания услуг гемодиализа в России необходимо определить с начала 2000-х гг. и до 2004–2006 гг. Третий этап реализации функциональной стратегии оказания в регионах специализированной медицинской помощи в области гемодиализа, по мнению автора, характеризуется отказом от типовых стратегий оказания медицинских услуг. Одновременно в качестве инновационной составляющей функциональных стратегий оказания специализированных медицинских услуг в области гемодиализа была определена система участия частного бизнеса на основе государственно-частного партнерства в сфере медицины. Таким образом, во многом благодаря реализации программы государственно-частного партнерства, заключенного между Правительством Омской области и ООО «Компания "Фестфарм"», в Омской области начиная с 2008 г. был обеспечен качественный рост оказания данной медицинской специализированной услуги. Согласно данным независимых опросов, которые проводились страховыми медицинскими организациями в стационарах и оказывающих помощь в амбулаторных исследованиях медучреждениях Сибирского федерального округа, 89 % жителей Прииртышья к началу 2013 г. удовлетворены качеством предоставления медицинских услуг. Разработан комплекс мероприятий по внесению изменения в действующую региональную функциональную стратегию оказания диализных услуг в регионе, предусматривающий открытие в г. Калачинске Омской области в 2013 г. отделения гемодиализа на базе БУЗ ОО «Калачинская ЦРБ».

The article points out that one of the three stages of the implementation of the Concept of health development up to 2020 in the Russian Federation is aimed at the active development of its regional component. This approach should include in particular, the active use of innovative mechanisms for the implementation of the complex of regional programs in the field of health. Among the diseases of the genitourinary system diseases of the population, leading to various types of renal failure, including chronic forms, play an increasingly important role. As a result of positive trends in morbidity in the region it should be noted that in 2014 in the Omsk region there was no queue in the waiting list for patients to receive free specialized medical care in the field of hemodialysis. The first stage in the implementation of functional strategies of medical care in the Russian regions, according to the author, lasted from 1990's to 2000. This stage is characterized by the lack of state policy in the field of health, including the provision of specialized medical services in the field of hemodialysis. The second phase of functional strategy for the provision of dialysis services in Russia was since the early 2000's to 2004–2006. The third stage of the implementation of functional strategies is characterized by the rejection of the typical strategies of medical services. At the same time as an innovative component of the functional strategies for the provision of specialized medical services in the field of hemodialysis there was determined a system of private participation through public-private partnership in the field of medicine. Since 2008 in the Omsk region there was a qualitative increase in the provision of this service, largely due to the implementation of the program of public-private partnership between the Government of the Omsk region and the company «Festfarm». According to independent surveys conducted by medical insurance organizations in hospitals and medical institutions of the Siberian Federal district, 89 % of population of the Omsk region are satisfied with the quality of medical services by the beginning of 2013. The author developed a set of measures to change the current regional functional strategy for the provision of dialysis services in the region, involving the opening in Kalachinsk, the Omsk region, a branch of hemodialysis on the basis of BUZ PA «Kalachinsk CRH».

*Ключевые слова:* функциональные стратегии регионального здравоохранения, инновационный механизм региональных программ в области гемодиализа, механизм государственно-частного партнерства в сфере регионального здравоохранения.

*Key words:* functional strategy of regional health care, innovation mechanism of regional programs in the field of hemodialysis, the mechanism of state-private partnership in the healthcare field.

Один из трех этапов реализации Концепции развития здравоохранения до 2020 г. в Российской Федерации предусматривает активное развитие его региональной составляющей [1]. Данный подход должен предусматривать, в частности, активное использование инновационных механизмов реализации комплекса региональных целевых программ в области здравоохранения. Для исследования данных процес-

сов обратимся к рассмотрению основных классов болезней населения регионов России, темпы роста которых превышают средние темпы роста заболеваемости населения России за период с 2000 по 2012 г. Проведенный анализ, в частности, позволил в составе основных групп болезней выделить те, которые характеризуют показатели болезней мочеполовой системы (табл. 1).

Таблица 1

**Заболеваемость населения Российской Федерации  
по основным классам болезней за 2000–2012 гг., на 1 000 чел. населения  
(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни) [2]**

Наименование основных классов болезней	Год						
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Всего болезней	730,5	740,1	743,6	760,9	767,7	780,0	793,9
Болезни мочеполовой системы	37,6	40,8	45,6	48,7	48,4	47,9	49,6

Детальный анализ предусматривает в типовой международной классификации в рамках основного класса болезней мочеполовой системы выделение широкого блока болезней мочеполовой системы, охватывающих нумерацию от № 00 до № 99. В составе блока болезней мочеполовой системы в современных условиях все большее значение начинают приобретать болезни населения, приводящие к различным видам почечной недостаточности, в том числе к хроническим формам. К основным причинам, обусловившим наличие хронической почечной недостаточности у населения страны, по мнению автора, традиционно к числу определяющих относят такие параметры, как экология территорий, качество и структура продуктов питания населения соответствующих регионов. Наличие хронической формы почечной недостаточности у населения регионов предусматривает необходимость оказания услуг гемодиализной помощи, которые отнесены к одному из видов специализированных медицинских услуг, оказываемых бесплатно специалистами региональных медицинских организаций хроническим больным

Для характеристики региональных стратегий обратимся к показателям заболеваемости населения по основным классам болезней Омской области за 2012–2013 гг., которые необходимо характеризовать следующими значениями. Показатель заболеваемости населения региона по основным классам болезней за 2012 г. на 1 000 чел. населения – зарегистрированное количество больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, – по данным Минздрава

России и расчета Росстата России, составил 1 896,4 чел. при среднем значении аналогичного показателя в целом по Российской Федерации 793,9 чел. за соответствующий период. В 2013 г. темпы роста показателя заболеваемости населения Омской области по основным классам болезней за 2012 г. на 1 000 чел. населения – зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, – по данным Минздрава России и расчета Росстата России, составили 103,6 %, или 1 964,8 чел. В 2012 г. значение показателя заболеваемости населения Омской области на 1 000 чел. зарегистрированных больных с диагнозом болезни мочеполовой системы составило 90,8 чел. при среднем значении аналогичного показателя в целом по России за аналогичный период 49,6 чел. В 2013 г. необходимо отметить тенденцию уменьшения значения данного показателя относительно уровня 2012 г. на 1,9 %, или 89,1 чел. на 1 000 чел. населения региона [3]. Несмотря на некоторую положительную тенденцию, абсолютное значение данного показателя в Омской области практически в два раза превышало аналогичный показатель в целом по России.

Как результат положительной тенденции динамики заболеваемости в регионе необходимо отметить, что в 2014 г. в Омской области отсутствовали очереди в листе ожидания для пациентов для получения ими бесплатной специализированной медицинской помощи в области гемодиализа [4]. В данном случае отсутствие очереди в листе ожидания для пациентов для получения ими бесплатной специали-

зированной медицинской помощи в области гемодиализа и динамика показателей заболеваемости населения в регионах во многом определяются эффективностью реализации функциональных стратегий оказания специализированных медицинских услуг, осуществляемых с помощью целевых программ в области здравоохранения.

Обратимся к результатам проведенного автором исследования, которое позволило определить следующие этапы реализации в регионах России оказания специализированных услуг в области гемодиализа. Первый этап реализации функциональных стратегий оказания медицинской помощи в регионах России, по мнению автора, охватывает 1990-е гг. вплоть до 2000 г. Для данного этапа наиболее характерно отсутствие необходимой государственной политики в области здравоохранения, в том числе и оказания специализированной медицинской услуги в области гемодиализа. Для подтверждения данного тезиса проведем краткий анализ отдельных показателей оказания гемодиализной помощи в России в 1997 г. [5]. Для последующего определения генезиса показателей оказания медицинской помощи в России и отдельных регионах обратимся к данным за вышеназванный период, который выбран автором в проводимом исследовании в качестве базы для оценки в целом уровня оказания гемодиализной помощи в отдельных экономических районах России. Наиболее низкий уровень показателя годовой летальности гемодиализных больных был в Санкт-Петербурге – 6,03 %, на втором месте был Северо-Западный экономический район – 6,12 %, Северный Кавказ – 7,29 %, Западная Сибирь – 7,47 %, Урал – 8,78 %, Москва – 10,76 %, Дальний Восток – 11,65 %, Поволжье – 12,43 %, Восточная Сибирь – 12,75 %, Центральный район – 13,98 %, Центрально-Черноземный район – 16,67 % и Волго-Вятский район – 18,81 %. Кроме того, на основе анализа показателей в проведенном выше исследовании была определена корреляционная связь между показателем летальности и показателем мощности регионального гемодиализного центра. Показатель годовой летальности гемодиализных больных в крупных центрах в среднем составил 9,6 %, в то время как в средних и малых центрах его величина увеличивалась до 15,78 % и 14,9 % соответственно [5].

Второй этап функциональной стратегии оказания услуг гемодиализа в России необходимо определить с начала 2000-х гг. и до 2004–2006 гг. Проведенный анализ данных Минздрав-

соцразвития России по отдельным регионам в 2001 г. показал также недостаточный уровень обеспечения диализной помощью почти в половине из регионов. В то же время в 10 субъектах Российской Федерации (таких как республики Алтай, Тыва и автономные округа – с общей численностью населения 1,4 млн чел.) диализная помощь вообще практически не оказывается. Низкий уровень данного показателя характерен для Республики Дагестан, Ростовской, Тамбовской, Курской, Брянской, Ярославской, Тульской, Калининградской, Пензенской областей, а также ряда областей Дальневосточного и Сибирского федеральных округов. Величина показателя обеспеченности диализом составляла не более 25 больных на 1 млн населения, что в 1,8 раза ниже среднего показателя по Российской Федерации. Только в 5 регионах – Москве, Санкт-Петербурге, Свердловской и Ульяновской областях и Республике Татарстан – был отмечен удовлетворительный уровень показателя обеспеченности диализом. В 2001 г. в России из общего числа 7 148 диализных больных перитонеальный диализ получили только 489 пациентов, что составило 6,8 % больных. В 2001 г. количество отделений диализа в России в 3,5 раза отставало от потребности. В результате в 2001 г. уровень обеспеченности составил 49,2 пациентов на 1 млн населения, что значительно ниже потребности, которая составляла 150 больных. Всего в Российской Федерации были обеспечены диализом 7 148 больных [6].

Третий этап реализации функциональной стратегии оказания в регионах специализированной медицинской помощи в области гемодиализа, по мнению автора, характеризуется отказом от типовых стратегий оказания медицинских услуг. В регионах России начинают разрабатываться конкретные типы функциональных стратегии оказания медицинских услуг исходя из совокупности параметров той или иной территории. В качестве новации, характеризующей данный этап развития функциональных стратегий в регионах, по мнению автора, необходимо определить начало использования механизма государственно-частного партнерства в сфере медицины. Начало данного этапа реализации стратегий в регионах страны необходимо характеризовать периодом 2004–2007 гг.

Одновременно в качестве инновационной составляющей функциональных стратегий оказания специализированных медицинских услуг в области гемодиализа в таких регионах, как Москва, Нижний Новгород, Рес-

публика Кабардино-Балкария и Омская область, по мнению автора, была определена система участия частного бизнеса на основе государственно-частного партнерства в сфере медицины. С целью определения эффективности реализации данного типа функциональных стратегий, включающего программу государственно-частного партнерства, проведем в работе анализ показателей эффективности деятельности ООО «Компани "Фесфарм"» в регионах России [7].

В 2004 г. в Омской области был принят региональный закон «Об областной целевой программе "Совершенствование службы трансплантологии на 2005–2010 гг."» [8]. В регионе в 2004 г. наблюдалось более 800 больных хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии, которые нуждались в лечении гемодиализом и проведении операций по трансплантации почки (50–60 чел. в год). Кроме того, количество больных диализом в регионе ежегодно возрастало на 50–70 чел. Дополнительно количество больных с терминальной хронической почечной недостаточностью вследствие сахарного диабета в Омской области в тот период составляло более 6 700 чел.

Анализ показателей состояния заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации на основании отчета по данным Российского регистра 1998–2009 гг. показал, что ситуация с обеспечением заместительной почечной терапией в России, в том числе и в регионах, по-прежнему оставалась серьезной [5]. В 2009 г. количество диализных пациентов на 1 млн населения в России было в 14,4 раза меньше, чем в США, в 8,2 раза меньше, чем в странах Западной Европы, и в 5,7 раза меньше, чем в странах Восточной Европы. Одновременно показатель количества пациентов на 1 млн жителей Омской области в 2009 г. на 30 % превышал аналогичный показатель в целом по России, на 51 % – данный показатель по Сибирскому федеральному округу, на 15,3 % – по Центральному федеральному округу. В то же время показатель количества пациентов на 1 млн жителей Москвы на 24 % превышал аналогичный показатель по Омской области [5]. Данный вывод подтверждает и анализ показателей, характеризующих количество пациентов на 1 млн населения Омской области в 2012 г., которые приведены в табл. 2.

Таблица 2

**Количество пациентов на 1 млн населения Омской области в 2012 г. [9]**

Население Омска и Омской области (на 1 января 2012 г.)	1 982 000 чел.
Население Омска (на 1 января 2012 г.)	1 156 600 чел.
Количество диализных больных в Омске и Омской области (на 1 ноября 2012 г.)	428 чел.
Количество диализных больных в Омске и Омской области на 1 млн населения (на 1 ноября 2012 г.)	215 чел.

Показатели, характеризующие количество и распределение диализных больных по гемодиализным центрам в Омске и Омской области и количество аппаратов искусствен-

ной почки (далее – АИП) по состоянию на 1 ноября 2012 г., приведенные в табл. 3, дополнительно подтверждают сделанный автором вывод.

Таблица 3

**Количество и распределение диализных больных по гемодиализным центрам в Омской области на 1 ноября 2012 г. [10]**

Наименование гемодиализного центра	Кол-во больных	Кол-во АИП	%
Отделение гемодиализа ГУЗ ОО ОКБ	128	18	29,9
Отделение гемодиализа МУЗ ОГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова	124	20	29,0
ЦЭТ ООО «Компания "Фесфарм-О"»	176	32	41,1
Всего	428	70	100,0

Таким образом, во многом благодаря реализации программы государственно-частного партнерства, заключенного между Правительством Омской области и ООО «Компания "Фесфарм"», в Омской области начиная с 2008 г. был обеспечен качественный рост оказания данной медицинской специализированной услуги.

Дальнейшее развитие механизма реализации функциональной стратегии в регионе обуславливает необходимость анализа подходов. Остановимся на анализе подходов, предусматривающих оптимизацию распределения АИП между городскими округами Омска, городами областного подчинения и муниципальными районами Омской области. В качестве первых мероприятий по реализации данного подхода в механизме реализации региональной стратегии предусматривалось приближение специализированной медицинской помощи к жителям отдаленных северных районов Омской области. Для этого компания «Фесфарм» 19 ноября 2007 г. открыла отделение гемодиализа в г. Тара на базе БУЗ ОО «Тарская ЦРБ», которое было оснащено 5 АИП компании «Фрезениус», водоподготовкой, необходимым оборудованием и инструментарием. Компания начала предоставлять медицинскую услугу в соответствии с разработанным графиком: 4 смены в сутки и 6 дней в неделю [11].

В начале 2011 г. компания предоставляла медицинскую услугу 112 пациентам, и количество пациентов за год увеличилось на 26 чел. К концу года количество пациентов достигло 138, показатель их прироста составил 18,8 %. Стоимость за одну процедуру в 2011 г., по сравнению с 2010 г., увеличилась с 4 887 руб. до 5 138 руб. (прирост – 5 %). В 2011 г. компанией было оказано 18 704 процедуры, что на 31,84 % больше, чем в базисном периоде. В результате 33 АИП компании (в том числе 28 АИП в Омске и 5 АИП отделения в Таре) в 2012 г. позволяли предоставлять медицинскую услугу 256 пациентам и оказывать до 39 936 процедур гемодиализа за год [10].

Доход компании в 2009 г. составил 63 485 060 руб., в 2010 г. – 74 717 808 руб., что больше, чем в базисном периоде, на 15,03 %. В 2011 г. компания получила доход 96 101 152 руб., что на 33,94 % больше по отношению к базисному периоду. Расходы по всем статьям в 2009 г. составили 67 598 695 руб., в 2010 г. – 74 716 334 руб., – их величина возросла на 9,53 %. В 2011 г. показатели расходов компании по всем видам статей затрат составили 91 916 416 руб., что на 26,46 % больше по сравнению с базисным периодом [10].

Согласно данным независимых опросов, которые проводились страховыми медицинскими организациями в стационарах и оказывающих помощь в амбулаторных исследованиях медучреждениях Сибирского федерального округа, 89 % жителей Прииртышья к началу 2013 г. удовлетворены качеством предоставления медицинских услуг. Удовлетворенность качеством медицинской помощи оценивалась по таким показателям, как длительность ожидания в регистратуре, на прием к врачу, при записи на лабораторные и инструментальные исследования, доступность некоторых врачей-специалистов, уровень технического оснащения медицинских учреждений, длительность ожидания госпитализации [12].

Дальнейшее развитие данного типа функциональных стратегий предусматривает оценку социальной эффективности реализации данных программ не только с помощью показателя количества больных на 1 млн жителей региона, но и количества больных на 100 тыс. кв. км. Второй оценочный показатель более полно учитывает специфику оказания данных медицинских услуг, предусматривающих учет качественных показателей, характеризующих эффективность реализации региональной стратегии. Дальнейшее развитие данного подхода в реализации функциональных стратегий предполагает нахождение критериев и соответствующих ограничений, предусматривающих оптимизацию распределения АИП между городскими округами регионального центра, городами областного подчинения и муниципальными районами соответствующей территории. Основываясь на результатах демографического прогноза численности населения Омской области в разрезе муниципальных образований и городских округов Омска [13; 14], автором предложено внести изменения в действующую региональную функциональную стратегию оказания диализных услуг в регионе. Для этого соответствующие изменения должны быть внесены в программу государственно-частного партнерства, заключенного между Правительством Омской области и ООО «Компанией "Фесфарм"». В частности, изменения должны касаться открытия в г. Калачинске Омской области в 2013 г. отделения гемодиализа на базе БУЗ ОО «Калачинская ЦРБ». В 2013 г. ООО «Компания "Фесфарм-О"» была преобразована в ООО «Fresenius Medical Care Omsk». Данная дочерняя организация относится к региональному представителю общепризнанного лидера и крупнейшего в мире производителя медицинского оборудования и расходных материалов

для заместительной почечной терапии компании «Fresenius Medical Care». Инвестиционная программа открытия отделения гемодиализа в Калачинске должна предусматривать его оснащение 10 АИП. Кроме того, общая площадь отделения должна составлять не менее 300 м<sup>2</sup>, иметь водоподготовку и необходимое оборудование и инструментарий. Компания должна предусматривать предоставление медицинской услуги в соответствии с разработанным графиком – 4 смены в сутки и 6 дней в неделю.

1. Ашер Я., Коннел Ш. О., Уржаева Ю. Эволюция системы здравоохранения в России. – URL : <http://hospital-apteka.ru/digest/obmen-nnieniyami/1688-evolyuciya-sistemy-zdravooxraneniya-v-rossii.html> (дата обращения: 13.06.2014).

2. Заболеваемость по основным классам заболеваний. Население. Здравоохранение. Официальная статистика / Федеральная служба государственной статистики. – URL : [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#) (дата обращения: 15.06.2014).

3. Заболеваемость населения Омской области по основным классам болезней в 2012–2013 гг. / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Омской области. – URL : [http://omsk.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/omsk/resources/457ed4004fc8a0eea2b1f76be9e332ec/zabol-2013.htm](http://omsk.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/omsk/resources/457ed4004fc8a0eea2b1f76be9e332ec/zabol-2013.htm) (дата обращения: 7.07.2014).

4. Равдугина Т. В Омской области нет очереди на получение гемодиализной помощи // Медицинский вестник. – № 17–18 (667). – URL : [http://www.medvestnik.ru/news/v\\_omskoy\\_oblasti\\_net\\_ocheredi\\_na\\_poluchenie\\_gemodializnoy\\_pomoschi/](http://www.medvestnik.ru/news/v_omskoy_oblasti_net_ocheredi_na_poluchenie_gemodializnoy_pomoschi/) (дата обращения: 6.07.2014).

5. Бикбов Б. Т., Томилина Н. А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009 гг. (Отчет по данным

Российского регистра заместительной почечной терапии) // Нефрология и диализ. – 2011. – Т. 13, № 3. – С. 150–264.

6. О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению Российской Федерации : Приказ Минздравсоцразвития России от 13 августа 2002 г. № 254. – URL : <http://www.hd13.ru/documentation/54/> (дата обращения: 19.01.2013).

7. Центр экстракорпоральной терапии «Фесфарм» // Гемодиализ для специалистов. – URL : <http://www.hd13.ru/diacenters/161/> (дата обращения: 8.02.2013).

8. Об областной целевой программе «Совершенствование службы трансплантологии на 2005–2010 гг.» : закон Омской области от 20 декабря 2004 г. № 584-ОЗ. – URL : <http://www.law7.ru/base99/part5/d99ru5223.htm> (дата обращения: 5.07.2014).

9. Комплект материалов месячной отчетности ООО «Компания "Фесфарм-О"» за 2012 г.

10. Комплект материалов годовой отчетности ООО «Компания "Фесфарм-О"» за 2006–2012 гг.

11. В самом северном городе Омской области открывается отделение гемодиализа / Омская губерния // Первый всероссийский аналитический портал недвижимости. – URL : <http://www.1gre.ru/news/doc/10044/> (дата обращения: 5.07.2014).

12. Омичи довольны уровнем предоставления медицинских услуг / Город55. – URL : <http://www.gorod55.ru/news/article/show/?rubric=108&id=19389> (дата обращения: 5.07.2014).

13. Омская область в цифрах «2012» : краткий стат. сб. / Омкстат. – Омск, 2012. – 36 с.

14. Демографический прогноз // Генеральный план Омска / Администрация города Омска. – URL : <http://www.admomsk.ru/web/guest/city/urban-planning/masterplan/demography>.