

УДК 614.2:614.39

DOI 10.24412/2312-2935-2026-1-1009-1023

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО И ПРОГНОЗНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНОВ

И.П. Шибалков

ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение. Современные демографические тенденции в России, связанные со вторым демографическим переходом (старение населения, снижение рождаемости и изменение возрастной структуры общества) приводят к росту доли пожилых граждан, увеличению нагрузки на систему здравоохранения и социальной защиты, а также к изменению структуры расходов на медицинскую помощь. По прогнозам Росстата, к 2046 году доля населения старше трудоспособного возраста достигнет 26,9%, что требует пересмотра подходов к организации и финансированию медицинской помощи.

Цель. Провести оценку фактического и прогнозного потребления медицинской помощи и ее финансирования в отдельных регионах России по профилям медицинской помощи и половозрастным группам населения.

Материалы и методы. Исследование базируется на агрегированных данных территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) и Росстата за 2023–2046 годы. Используются методы статистического анализа, расчета относительных и средних показателей, а также визуализации данных в Microsoft Excel. Для оценки потребления и финансирования медицинской помощи применялись специальные формулы, учитывающие количество обращений, стоимость услуг и численность населения по полу и возрасту. Прогнозирование строилось на основе возрастных коэффициентов обращаемости и затрат, экстраполированных на прогнозируемую половозрастную структуру населения.

Результаты. Анализ показал, что во всех исследуемых регионах преобладает амбулаторная помощь (89,9–95,1% обращений), а стационарная помощь занимает наибольшую долю в структуре затрат (43–75%). Женщины составляют около 60% обращений и финансирования. Наиболее затратные возрастные группы — новорожденные, дети школьного возраста, женщины репродуктивного возраста и пожилые (65+ лет). В структуре обращений по классам заболеваний лидируют «Факторы, влияющие на состояние здоровья», болезни органов дыхания, пищеварения и системы кровообращения. К 2035 году прогнозируется снижение общего числа обращений, особенно среди трудоспособного населения и детей, при одновременном росте обращений среди пожилых. Финансовые затраты на здравоохранение будут расти за счет увеличения доли пожилых пациентов и сердечно-сосудистых заболеваний.

Обсуждение. Выявлены общие для всех регионов тенденции: преобладание стационарной помощи, гендерное доминирование женщин в обращениях и финансировании, рост затрат на пожилых. Отмечены региональные различия в структуре обращений и затрат, а также влияние пандемии COVID-19 на нозологическую структуру расходов. Обоснована необходимость учета половозрастной структуры при планировании объемов и финансирования медицинской помощи. Предлагается ввести специальный коэффициент для более точного распределения средств ОМС с учетом доли пожилого населения.

Выводы. Старение населения и изменение структуры заболеваний требуют адаптации системы здравоохранения: приоритетом становится обслуживание пожилых и пациентов с хроническими болезнями. Прогнозируется рост расходов на медицинскую помощь при снижении числа обращений в амбулаторном звене. Актуализируется необходимость пересмотра механизмов финансирования ОМС с учетом региональных и демографических особенностей.

Ключевые слова: демографические изменения, старение населения, медицинская помощь, финансирование здравоохранения, обязательное медицинское страхование, половозрастная структура, прогнозирование расходов, региональная специфика

ASSESSMENT OF ACTUAL AND PROJECTED HEALTHCARE UTILIZATION IN THE MANDATORY HEALTH INSURANCE SYSTEM: A CASE STUDY OF SELECTED REGIONS

I. Shibalkov

Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Significance. Current demographic trends in Russia, associated with the second demographic transition (population ageing, declining birth rates, and changes in the age structure of society), lead to an increasing share of elderly citizens, greater pressure on the healthcare and social protection systems, and a shift in the structure of healthcare expenditures. According to Rosstat forecasts, by 2046 the proportion of the population above working age will reach 26.9%, necessitating a revision of approaches to healthcare organization and financing.

Purpose. To assess actual and projected healthcare utilization and its financing in selected Russian regions by medical service profile and population sex–age groups.

Materials and methods. The study is based on aggregated data from Territorial Funds of Mandatory Health Insurance (MHI) and Rosstat for 2023–2046. Methods of statistical analysis, calculation of relative and average indicators, and data visualization in Microsoft Excel were used. Special formulas were applied to assess healthcare utilization and financing, considering the number of visits, service costs, and population size by sex and age. Projections were built on age-specific utilization and cost coefficients extrapolated to the projected sex–age structure.

Results. Analysis showed that outpatient care predominates in all studied regions (89.9–95.1% of visits), while inpatient care accounts for the largest share of costs (43–75%). Women account for about 60% of visits and financing. The costliest age groups are newborns, school-age children, women of reproductive age, and the elderly (65+ years). In the structure of visits by disease class, the leading causes are “Factors influencing health status”, diseases of the respiratory system, digestive system, and circulatory system. By 2035, a decrease in the total number of visits is projected, especially among the working-age population and children, with a simultaneous increase among the elderly. Healthcare costs are expected to rise due to the growing share of elderly patients and cardiovascular diseases.

Discussion. Common trends across all regions include the predominance of inpatient care, gender dominance of women in visits and financing, and rising costs for the elderly. Regional differences in visit and cost structures are noted, as well as the impact of the COVID-19 pandemic on the nosological structure of expenditures. The necessity of considering sex–age structure in planning healthcare

volumes and financing is substantiated. It is proposed to introduce a special coefficient for more accurate distribution of MHI funds, considering the share of the elderly population.

Conclusions. Population ageing and changes in disease structure require adaptation of the healthcare system: priority is given to serving the elderly and patients with chronic diseases. An increase in healthcare costs is forecasted, despite a decrease in outpatient visits. There is an urgent need to revise MHI financing mechanisms, considering regional and demographic specifics.

Keywords: demographic changes, population ageing, healthcare, healthcare financing, mandatory health insurance, sex–age structure, expenditure forecasting, regional specifics

Введение. В настоящее время развитые страны мира проходят процесс второго демографического перехода (поляризация репродуктивных установок общества и снижение рождаемости, повышение среднего возраста населения) и сталкиваются с порождаемыми им проблемами, в первую очередь – старением населения [1].

Проблематика демографических изменений актуальна и для нашей страны. В России есть существенные демографические отличия от других стран, связанные с историческими событиями – войны и периоды существенных социально-экономических спадов [2]. Однако, как и в других странах, по мере изменения половозрастной структуры населения и увеличения ожидаемой продолжительности жизни доля пожилого населения поступательно возрастает, что влияет на социально-экономическую ситуацию в России и требует корректировки государственной политики, в том числе в области здравоохранения [3]. Согласно прогнозу Росстата к 2046 году доля населения старше трудоспособного возраста вырастет до 26,9% и составит 37,3 млн чел. - с 23,6% и 34,5 млн чел. в 2024 году (<https://rosstat.gov.ru/folder/12781>).

Наблюдаемые демографические тренды влекут за собой потенциально негативные последствия для экономики, связанные, с одной стороны, с уменьшением численности населения, вовлеченного в активную трудовую деятельность и являющихся источником финансирования социальных расходов, с другой – с повышением расходов системы здравоохранения и социальной защиты (в том числе пенсионного обеспечения), обусловленных растущим бременем хронических заболеваний у лиц пожилого возраста [4].

Расходы на оказание медицинской помощи лицам старше 65 лет составляют 40-50% от всех расходов системы здравоохранения, при этом затраты на одного человека из этой возрастной группы в три раза выше, чем соответствующие расходы на лиц моложе 65 лет [5]. В Норвегии число лиц старше 85 лет составляет лишь 3% населения, однако на оказание медицинской помощи этой категории граждан расходуется 18% бюджета национальной системы здравоохранения [6]. Это дает основания прогнозировать, что с увеличением доли

пожилого населения будет снижаться доступность медицинской помощи и для всех возрастных групп.

Цель. Провести оценку фактического и прогнозного потребления медицинской помощи и ее финансирования в отдельных регионах России по профилям медицинской помощи и половозрастным группам населения.

Материалы и методы. Информационной базой исследования послужили агрегированные данные территориальных фондов обязательного медицинского страхования об оказании и оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования по отдельным субъектам Российской Федерации (Республика Крым, Свердловская область, Томская область, Ульяновская область), данные Росстата о фактической и прогнозной численности населения субъектов Российской Федерации с разбивкой по полу и однолетним возрастным промежуткам – за период 2023-2046 годы по каждому региону. Статистическая обработка, расчет относительных, средних и структурных показателей, а также визуализация данных выполнены с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2019.

Для оценки потребления населением медицинской помощи (С) использовалась формула:

- уровень потребления медицинской помощи, случаев на 1 тыс. чел. (1):

$$C = (N * 1000) / P, \quad (1)$$

где N – количество случаев оказания медицинской помощи по полу/возрасту/профилю медицинской помощи/условию оказания медицинской помощи;

P – численность населения в соответствующей половозрастной группе;

Для оценки финансовых затрат на оказание населению медицинской помощи (F) использовалась формула:

- уровень финансирования медицинской помощи, случаев на 1 тыс. чел. (2):

$$F = (V * 1000) / P, \quad (2)$$

где V – стоимость оказанной медицинской помощи по полу/возрасту/профилю медицинской помощи/условию оказания медицинской помощи;

P – численность населения в соответствующей половозрастной группе.

Число обращений за медицинской помощью на период до 2035 прогнозируется отдельно по каждому виду медицинской помощи. Для построения прогноза за основу берутся

возрастные коэффициенты обращаемости – число обращений в медицинскую организацию в расчете на одного жителя региона данного возраста – за 2023 год, отдельно по каждому классу заболеваний МКБ-10 и отдельно по полу: $k_{w,i,x}^{\text{обращ}}$ и $k_{m,i,x}^{\text{обращ}}$ для женщин и мужчин соответственно, где i – класс заболеваний по МКБ-10, x – возраст (лет). Данные коэффициенты накладываются на прогнозируемую (по среднему варианту прогноза Росстат) численность населения по полу и возрасту на 2046 год ($P_{w,x}^{2046}$ и $P_{m,x}^{2046}$ для женщин и мужчин соответственно) (3):

$$\text{Число обращений}_{w,i,x}^{2046} = k_{w,i,x}^{\text{обращ}} \cdot P_{w,x}^{2046} \quad (3)$$

Таким образом получаем число обращений женщин по заболеванию i в возрасте x , ожидаемое в 2035 году при условии, что возрастные коэффициенты обращаемости женщин по данному заболеванию останутся такими же, как в 2023 году. Аналогичным образом рассчитывается ожидаемое число обращений мужчин. Для получения совокупного числа обращений полученные значения необходимо сложить по полу, возрасту и классам заболеваний.

Для прогнозирования на период до 2035 года затрат финансирования за основу берутся возрастные коэффициенты затрат – затраты на медицинскую помощь в расчете на одного жителя региона данного возраста – за 2023 год, отдельно по каждому классу заболеваний МКБ-10 и отдельно по полу: $k_{w,i,x}^{\text{затрат}}$ и $k_{m,i,x}^{\text{затрат}}$ для женщин и мужчин соответственно, где i – класс заболеваний по МКБ-10, x – возраст (лет). Данные коэффициенты накладываются на прогнозируемую (по Росстату) численность населения по полу и возрасту на 2035 год ($P_{w,x}^{2035}$ и $P_{m,x}^{2035}$ для женщин и мужчин соответственно) (4):

$$\text{Объем затрат}_{w,i,x}^{2035} = k_{w,i,x}^{\text{затрат}} \cdot P_{w,x}^{2035} \quad (4)$$

Таким образом получаем объем затрат на медицинскую помощь для женщин по заболеванию i в возрасте x , ожидаемое в 2035 году при условии, что возрастные коэффициенты затрат женщин по данному заболеванию останутся такими же, как в 2023 году. Аналогичным образом рассчитываются ожидаемые затраты на медицинскую помощь для мужчин. Для расчета совокупных затрат полученные значения складываются по полу, возрасту и классам заболеваний.

Результаты. Оценка потребления медицинской помощи проводилась по каждому субъекту Российской Федерации в разрезе пола, возраста (однолетние возрастные интервалы), классов заболеваний (по МКБ-10) и условий оказания медицинской помощи.

Анализ проведен исключительно по агрегированным данным, предоставленным территориальными фондами обязательного медицинского страхования. В связи с этим в анализе имеется только информация о предоставленной медицинской помощи застрахованным в том или ином регионе исключительно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и не учитывает медицинскую помощь, которую пациенты получали за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, федерального бюджета, всех иных источников финансирования, включая систему добровольного медицинского страхования и личные средства. Это накладывает ограничения на возможные выводы, однако, доля средств ОМС в общих расходах на здравоохранения уже многие годы в России превышает 70%.

Еще одним ограничивающим фактором для выводов являются межрегиональные отличия – каждый субъект Российской Федерации имеет по факту свои, уникальные тарифы на оказание медицинской помощи в рамках системы ОМС, что обусловлено, во-первых, различным уровнем бюджетной обеспеченности и территориальными коэффициентами, влияющими на величину тарифа, во-вторых, особенностями оплаты медицинской помощи в рамках допустимых федеральным законодательством норм – например, в одном регионе медицинская помощь в рамках приемных отделений не закончившаяся случаем госпитализации будет оплачиваться как посещения по неотложной медицинской помощи и входить, соответственно, в структуру затрат на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а в другом – такие случаи вообще не подлежат отдельной оплате и работа приемного отделения финансируется из общей оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Во всех исследуемых регионах соотношение обращений за медицинской помощью между мужчинами и женщинами практически идентичное (Таблица 1).

Таблица 1

Структура обращений за медицинской помощью по полу в 2023 году, %

<i>Регион</i>	<i>Мужчины</i>	<i>Женщины</i>
Республика Крым	39,8%	60,2%
Свердловская область	40,0%	60,0%
Томская область	38,3%	61,7%
Ульяновская область	40,0%	60,0%

Также для всех четырех регионов в структуре обращений характерно преобладание амбулаторной помощи, меньше всего занимает дневной стационар (Таблица 2). Наибольшая доля амбулаторной помощи (95,1%) от всех обращений среди четырех регионов – в Томской области, там же самая низкая доля обращений в дневной стационар (0,6%). Наименьшая доля обращений за амбулаторной помощью (89,9%) среди четырех регионов – в Республике Крым, там же наивысшая среди четырех регионов доля обращений в дневной стационар (1,3%).

Таблица 2

Структура обращений за медицинской помощью по условиям оказания в 2023 году, %

<i>Регион</i>	<i>Амбулаторно</i>	<i>Вне медицинской организации</i>	<i>Стационар</i>	<i>Дневной стационар</i>
Республика Крым	89,9%	5,0%	3,9%	1,3%
Свердловская область	93,5%	3,0%	2,4%	1,1%
Томская область	95,1%	2,7%	1,6%	0,6%
Ульяновская область	91,8%	4,3%	2,7%	1,1%

Таблица 3

Структура обращений за амбулаторной медицинской помощью по основным классам МКБ-10 в 2023 году, %

<i>Регион</i>	<i>Болезни органов дыхания</i>	<i>Болезни органов пищеварения</i>	<i>Болезни системы кровообращения</i>	<i>Новообразования</i>	<i>Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения</i>	<i>Прочие</i>
Республика Крым	10,5%	8,8%	11,6%	3,0%	37,5%	28,6%
Свердловская область	15,5%	9,1%	9,7%	3,8%	29,0%	32,9%
Томская область	11,1%	7,2%	7,1%	3,1%	45,4%	26,1%
Ульяновская область	11,4%	12,8%	15,2%	3,1%	27,5%	29,9%

В структуре обращений за амбулаторной помощью по классам заболеваний во всех четырех регионах преобладают «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения ...», однако их доля варьируется от региона к региону: наибольшая доля (45,4%) – в Томской области, меньше всего (27,5%) – в Ульяновской области (Таблица 3). По болезням органов дыхания на фоне остальных регионов выделяется Свердловская область, где доля данного

класса занимает 15,5% обращений за амбулаторной медицинской помощью. По болезням органов пищеварения значительно от остальных отличается Ульяновская область, где доля данного класса составила в 2023 году 12,8% от всех амбулаторных обращений. Также высоки различия между регионами по доле болезней системы кровообращения: от 7,1% в Томской области до 15,2% в Ульяновской области. По доле новообразований значительной разницы между регионами нет: от 3,0% в Республике Крым до 3,8% в Свердловской области.

Во всех четырех исследуемых регионах соотношение затрат на медицинскую помощь между мужчинами и женщинами практически идентичное (Таблица 5).

Таблица 5

Структура затрат на медицинскую помощь по полу в 2023 году, %

<i>Регион</i>	<i>Мужчины</i>	<i>Женщины</i>
Республика Крым	40,9%	59,1%
Свердловская область	42,6%	57,4%
Томская область	41,3%	58,7%
Ульяновская область	42,3%	57,7%

В структуре затрат во всех рассматриваемых регионах наибольшую долю занимает стационарная помощь. В Томской области она занимает 45-50% затрат, в Ульяновской – 46-58%, в Свердловской – 54-64%, в Крыму – 64-74%. На втором месте чаще всего – затраты на амбулаторную помощь, на третьем – на дневной стационар. При этом в Ульяновской и Томской областях затраты на амбулаторию значимо больше, чем на дневной стационар (30-40% и 10-15% соотв.), в то время как в Свердловской области и Крыму они примерно равны (по 15-20% ежегодно), и в некоторые года затраты на дневной стационар превышают затраты на амбулаторную помощь. В Ульяновской и Томской областях ежегодные затраты на медицинскую помощь вне медицинских организаций составляют 4-6%, в то время как в Свердловской области и Крыму они составляют около 0,1-0,2%.

Во всех рассматриваемых регионах больше всего в структуре затрат занимают болезни системы кровообращения и новообразования, они преобладают в возрастах 30-35+.

Пики затрат по возрастным группам (в долях от общих затрат) наблюдаются у новорожденных, детей отдельных школьных возрастов, женщин репродуктивного возраста, пенсионеров в возрастах 65-75 и 80-85 лет. Это является следствием как особых потребностей этих групп населения в медицинской помощи, так и волнообразной половозрастной структуры населения регионов.

В Свердловской области и в Томской области затраты на новорожденных составляют большую долю затрат, чем в Ульяновской области и в Крыму.

В отличие от других рассматриваемых регионах, в Ульяновской области половозрастная структура затрат в меньшей степени повторяет половозрастную структуру населения региона (не так сильно заметны демографические волны). Кроме того, там не наблюдается значимого пика затрат на женщин в репродуктивных возрастах.

В структуре затрат на амбулаторную помощь по классам заболеваний во всех четырех регионах преобладают «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения ...», однако их доля варьируется от региона к региону: наибольшая доля (29,3%) – в Томской области, меньше всего (18,7%) – в Республике Крым. Сильные различия между регионами наблюдаются и по доле остальных классов заболеваний в структуре затрат.

В Республике Крым самыми затратными причинами являются болезни органов пищеварения и болезни мочеполовой системы.

Анализируя представленную информацию о структуре затрат на медицинскую помощь в различных регионах России, можно выделить общие и отличительные черты.

К общим чертам регионов можно отнести преобладание затрат на стационарную помощь. Во всех рассматриваемых регионах значительная часть средств направляется именно на оказание стационарной помощи, составляя от 43% до 75%. Во-вторых, это преобладание женщин в структуре затрат. За исключением случаев оказания помощи вне медицинских учреждений, в большинстве регионов женщины получают большую долю финансирования. Среднее соотношение затрат на женщин и мужчин составляет приблизительно 60/40.

Возрастные группы пациентов формирующие наибольшие затраты во всех регионах - новорожденные, отдельные школьные возрасты и лица старше 60 лет. Эти категории связаны с диспансеризацией, профилактическими мероприятиями и повышенным спросом на медицинскую помощь.

Болезни сердца и сосудов остаются ведущими причинами высоких затрат практически во всех изученных субъектах РФ.

К 2035 году прогнозируется общее снижение числа обращений за медицинской помощью во всех рассматриваемых регионах. Наиболее значительное сокращение ожидается в Ульяновской области (-5,2%), менее существенное в Томской (-1,51%) и Свердловской (-1,9%) областях. В целом сохранится преобладание обращений женщин над мужчинами. По возрастной структуре обращений ожидаются следующие тенденции: рост обращений в

возрастных группах 77-81 лет и в старших возрастных группах (89-92 года), снижение обращений в средних трудоспособных возрастах (31-37 лет), уменьшение обращений в детских возрастных группах.

В части нозологической структуры прогнозируется изменение структуры обращений по классам заболеваний: рост доли обращений по болезням системы кровообращения, снижение обращений по болезням органов дыхания, стабильная доля обращений по новообразованиям.

В части прогноза по условиям оказания медицинской помощи, медицинская помощь в амбулаторных условиях демонстрирует наибольшее сокращение обращений. При этом ожидается: вырастет доля обращений вне медицинских организаций, стабильными останутся показатели стационарной помощи, незначительно увеличится число обращений в дневные стационары.

При этом, каждый регион имеет свои характерные черты:

- Томская область: значительный рост обращений по болезням системы кровообращения;
- Ульяновская область: более выраженное снижение общего числа обращений;
- Свердловская область и Республика Крым: сохранение структуры обращений с минимальным изменением.

Данные прогнозы учитывают изменения возрастно-половой структуры населения и демографические волны, что влияет на потребность в различных видах медицинской помощи. Во всех рассматриваемых регионах наблюдаются аналогичные закономерности. Во-первых, рост объема затрат: несмотря на ожидаемое сокращение количества обращений за медицинской помощью, общий объем потребности в финансовых ресурсах, выделяемых на здравоохранение, увеличится. Это связано преимущественно с изменениями возрастной и половой структуры населения.

Основной прирост затрат будет приходиться на лиц старше 70 лет. Одновременно наблюдается уменьшение объемов затрат на пациентов младше 30 лет.

Наиболее существенный рост финансирования будет связан с болезнями сердечно-сосудистой системы. Этот тренд отражает увеличение продолжительности жизни и изменение эпидемиологической ситуации в стране.

Финансирование продолжит распределяться примерно поровну между мужчинами и женщинами, однако для некоторых видов услуг будут преобладать расходы на женщин (скорая помощь вне медицинских организаций и амбулаторная помощь).

Анализ прогнозной потребности населения в объемах и финансировании медицинской помощи в российских регионах на период до 2035 года основывается на оценках изменений в численности и составе населения, а также предполагаемых изменениях в структуре заболеваний.

Выводы указывают на значительные изменения в обращении за медицинской помощью, включая рост числа обращений в старшей возрастной группе и снижение обращений в среднем трудоспособном возрасте. Нозологическая структура также претерпевает изменения, с ростом доли обращений по болезням системы кровообращения и уменьшением обращений по болезням органов дыхания. Важным аспектом является снижение количества обращений в амбулаторных условиях и увеличение доли обращений вне медицинских организаций.

Прогнозы финансирования показывают общую тенденцию к увеличению затрат на здравоохранение, несмотря на уменьшение числа обращений. Особенно заметен рост затрат на пожилых пациентов и заболевания сердечно-сосудистой системы. Гендерные различия в финансировании сохраняются, хотя некоторые виды услуг преимущественно финансируются для женщин.

Подобный анализ важен для формирования эффективной политики здравоохранения, позволяя адаптироваться к меняющимся потребностям населения и рационально распределять финансовые ресурсы. Важно учитывать выявленные особенности каждого региона при разработке стратегических планов финансового планирования и организации медицинской помощи.

Обсуждение. Таким образом, по итогам проведенной оценки потребления медицинской помощи, можно сделать следующие ключевые выводы. Самый важный фактор анализа — необходимость учета возрастно-половой структуры населения при оценке обращений за медицинской помощью, так как изменения в структуре обращений могут быть обусловлены демографическими сдвигами.

Базовая тенденция проявляется в снижении доли обращений в трудоспособном молодом возрасте. Выявлены два основных пика активности обращений: несовершеннолетний возраст (преимущественно профилактические визиты) и пожилой возраст (разброс по регионам от 50+ до 70+ лет). При этом в каждом условии оказания медицинской помощи есть свои особенности.

Амбулаторная помощь характеризуется: более высокой обращаемостью женщин (кроме детского возраста), преобладанием болезней органов дыхания в младшем возрасте, доминированием болезней системы кровообращения в пожилом возрасте.

Стационарная помощь демонстрирует: высокую обращаемость в пожилом возрасте (преимущественно по болезням системы кровообращения), значительный уровень обращений детей до 5 лет (болезни органов дыхания), повышенную обращаемость женщин репродуктивного возраста (беременность и роды).

Специфика дневного стационара: преобладание пожилых пациентов при заболеваниях системы кровообращения, высокая доля женщин репродуктивного возраста (беременность и роды), частые обращения пожилых по заболеваниям органов зрения, повышенная обращаемость женщин старшего возраста по костно-мышечным и мочеполовым заболеваниям.

Территориальная специфика проявляется в различии возрастных порогов максимальной обращаемости, наличии локальных особенностей в структуре заболеваемости, различиях в половой дифференциации обращаемости, специфике распределения обращений по видам медицинской помощи.

Заключение. Исследование потребностей населения в объеме и финансировании медицинских услуг в регионах России вплоть до 2035 года базируется на расчетах изменений численности и состава населения, а также возможных сдвигов в распространенности различных заболеваний.

Среди важнейших выводов исследования выделяется тенденция значительного увеличения числа обращающихся за медицинской помощью среди старших возрастных категорий и одновременное снижение активности обращения среднего трудоспособного населения. Структура заболеваний также меняется: растет доля обращений по поводу сердечно-сосудистых патологий и снижается число визитов по заболеваниям дыхательной системы. Обращает на себя внимание факт уменьшения посещений поликлиник и рост доли скорой медицинской помощи.

Финансовые затраты на медицинскую помощь продолжают повышаться, причем наблюдается значительный прирост расходов на обслуживание пожилых граждан и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Половые различия в расходах остаются устойчивыми, хотя отдельные категории услуг чаще оплачиваются женщинам.

Подобные изменения могут потребовать актуализации подходов к распределению финансирования в рамках системы ОМС с учетом половозрастной структуры населения.

В настоящее время Правила и Методика распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования утверждены постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Несмотря на продуманность механизма распределения средств, имеются резервы роста:

- формула распределения жестко привязана к численности населения и стоимости единицы услуги, что ограничивает возможности адаптации к региональным особенностям;
- существующие коэффициенты недостаточно точно отражают различия в потребностях медицинских услуг среди разных возрастных групп населения.

Целесообразным представляется предложить изменение в виде введения специального коэффициента, учитывающего долю пожилого населения, позволит повысить точность и справедливость распределения средств ОМС, обеспечивая большую доступность медицинской помощи именно тем категориям граждан, которым она особенно необходима.

Список литературы

1. Coleman D. Immigration and ethnic change in low-fertility countries: a third demographic transition. *Population and Development Review*. 2006;32(3): 401–446.
2. Семенова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России. — М.: ЦСП, 2005. — 235 с.
3. Кобякова О. С., Шибалков И. П., Соломатников И. А., Тимонин С. А., Щур А. Е., Лагутин М. Д., Тюфилин Д. С., Деев И. А., Никитина С. Ю. Медико-демографическая ситуация

в России: долгосрочные тенденции, прогнозы и резервы улучшения. Анализ риска здоровью. 2024; 2: 4–17. DOI: 10.21668/health.risk/2024.2.01.

4. Bloom D., Kuhn M., Prettner K., Chen S. The flip side of “live long and prosper”: Noncommunicable diseases in the OECD and their macroeconomic impact. В кн.: Live long and prosper? The economics of ageing populations. London: VoxEU.org Book; Centre for Economic Policy Research (CEPR) Press; 2019: 44–52.

5. Maresova P., Mohelska H., Kuca K. Economics aspects of ageing population. Procedia Economics and Finance. 2015;23:534–538. DOI: 10.1016/S2212-5671(15)00492-X.

6. Kalseth J., Halvorsen T. Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data. BMC Health Serv Res. 2020;20(435). DOI: [10.1186/s12913-020-05295-2](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05295-2).

References

1. Coleman D. Immigration and ethnic change in low-fertility countries: a third demographic transition. Population and Development Review. 2006;32(3):401-446.

2. Semenova VG. Obratnyy epidemiologicheskiy perekhod v Rossii [Reverse epidemiological transition in Russia]. Moscow, Russia: TsSP; 2005. 235 p. (In Russian)

3. Kobyakova O. S., Shibalkov I. P., Solomatnikov I. A., Timonin S. A., Shhur A. E., Lagutin M. D., Tyufilin D. S., Deev I. A., Nikitina S. Yu. Mediko-demograficheskaya situatsiya v Rossii: dolgosrochny`e tendencii, prognozy` i rezervy` uluchsheniya [Health and Demographic Situation in Russia: Long-Term Trends, Forecasts, and Reserves for Improvement]. Analiz riska zdorov'yu. [Health Risk Analysis]. 2024;(2):4-17. DOI: 10.21668/health.risk/2024.2.01 (In Russian)

4. Bloom D, Kuhn M, Prettner K, Chen S. The flip side of “live long and prosper”: Noncommunicable diseases in the OECD and their macroeconomic impact. In: Live long and prosper? The economics of ageing populations. London: VoxEU.org Book; Centre for Economic Policy Research (CEPR) Press; 2019:44-52.

5. Maresova P, Mohelska H, Kuca K. Economics aspects of ageing population. Procedia Economics and Finance. 2015;23:534-538. DOI:10.1016/S2212-5671(15)00492-X.

6. Kalseth J, Halvorsen T. Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data. BMC Health Serv Res. 2020;20(435). DOI:10.1186/s12913-020-05295-2.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведение об авторах

Шибалков Иван Петрович – ведущий научный сотрудник, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: shivalkov.ivan@yandex.ru, ORCID 0000-0002-4255-6846, SPIN: 6341-3247

About the authors

Shibalkov Ivan - leading researcher, Russian Research Institute of Health Ministry of Health of the Russian Federation, 11 Dobrolyubova street, Moscow, 127254, Russia, e-mail: shivalkov.ivan@yandex.ru, ORCID 0000-0002-4255-6846, SPIN: 6341-3247

Статья получена: 30.10.2025 г.

Принята к публикации: 25.03.2026 г.