

# СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ТЕРРИТОРИЙ

DOI: 10.15838/tdi.2021.3.58.1

УДК 316.653 | ББК 60.59

© Калашников К.Н., Артамонов И.В.

## ЗАТРАТЫ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ФОНДОВ ОМС НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕГИОНА В РАЗРЕЗЕ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП<sup>1</sup>



### КОНСТАНТИН НИКОЛАЕВИЧ КАЛАШНИКОВ

Вологодский научный центр Российской академии наук

г. Вологда, Российская Федерация

e-mail: konstantino-84@mail.ru

ORCID: [0000-0001-9558-3584](#); ResearcherID: [I-9519-2016](#)



### ИВАН ВЛАДИМИРОВИЧ АРТАМОНОВ

Вологодский научный центр Российской академии наук

г. Вологда, Российская Федерация

e-mail: iv.artamonov@outlook.com

ORCID: [0000-0002-6387-4886](#); ResearcherID: [G-4714-2017](#)

*Возможность поддерживать здоровье на высоком уровне и своевременно получать необходимую помощь выступает одной из основ социального благополучия в современном мире. Вместе с тем потребность человека и населения в медицинской помощи в течение жизни меняется: в определенные периоды проблемы со здоровьем обостряются, в связи с чем человек особенно нуждается в помощи медицинских служб. Это актуально не только на индивидуальном уровне, но и с позиций государственного управления: для рационального распределения имеющихся ресурсов и формирования эффективной политики здоровьесбережения необходимы достоверные данные о потребностях в медицинской помощи разных категорий населения. Цель исследования – выявление различий в объеме и структуре затрат общественных ресурсов на оказание медицинской помощи между возрастными группами населения региона. Для достижения цели использованы данные о фактических затратах Территориального фонда ОМС Вологодской области по возрастным группам и видам медицинской помощи. В работе установлено, что наибольший объем затрат на оказание медицинской помощи приходится на детей до 4-х лет (9% в общем объеме средств внебюджетных фондов)*

<sup>1</sup> Статья подготовлена при поддержке РФФИ (№ 20-010-00852 А).

*и пожилых людей в возрасте от 60 до 69 лет (20% от совокупных затрат). Новизна исследования заключается в выявлении различий в текущих затратах на оказание медицинской помощи различным возрастным группам в профиле ее видов. Обнаружена тенденция снижения затрат на амбулаторную медицинскую помощь от младших возрастных групп к старшим. И наоборот: совокупные затраты на медицинское обслуживание категорий пожилых и «долгожителей» содержат все увеличивающийся с возрастом удельный вес затрат на медицинскую помощь вне медицинских организаций. Практическая значимость статьи заключается в том, что полученные результаты позволят более взвешенно подходить к планированию затрат в здравоохранении.*

*Медицинская помощь, затраты, система здравоохранения, Территориальный фонд ОМС, возрастные группы.*

### **Введение**

Общественное здоровье выступает важнейшим фактором процветания стран и регионов, определяя потенциал и перспективы адаптации населения к новым вызовам современного мира, возможности эффективного материального производства, достижения социального и психологического благополучия граждан. С другой стороны, базовый уровень экономического успеха, качество и эффективность государственного управления выступают важнейшими факторами сохранения и укрепления здоровья людей. Необходимо добиваться гармоничного сочетания этих взаимообусловленных факторов [1].

Здоровье в экономике рассматривается как восполняемый ресурс, капитальное благо. Индивид наследует его при рождении, но с течением жизни запас здоровья иссякает. Инвестиции же в здравоохранение принимают форму закупок медицинской помощи и других ресурсов [2–4]. Существует ряд мероприятий по сохранению общественного здоровья (все они связаны с экологической и эпидемиологической безопасностью, обеспечением населения чистой питьевой водой, вакцинопрофилактикой и пр.), которые предпринимаются на государственном уровне и финансируются из общественных источников (бюджеты государств и страховые фонды). Это область человеческой деятельности, где, как принято считать, рыночные отношения не могут обеспечить должного уровня предложения и спроса, т. е. заметны «провалы рынка», а потому государство принимает на себя главную роль

в «поставке» населению этих общественных благ [5]. Роль возрастных различий здесь присутствует, но не является принципиальной в силу неисклучимости и неконкурентности общественных благ (впрочем, может иметь место неудовлетворительное исполнение государством первичных функций) [6]. По-иному дело обстоит с медицинскими услугами, которые, в зависимости от организационно-экономических обстоятельств и условий их оказания, могут быть как перегружаемыми, так и частными или клубными. Так, услуга, предоставляемая гражданам в рамках добровольного медицинского страхования, является клубным благом, медицинская помощь по месту жительства или финансируемая по квотному принципу – благом перегружаемым. Это само по себе создает ситуацию дифференциации и неравенства. Сфера спроса на медицинские услуги становится все более сложной, что требует учета потребностей различных групп интересов, в том числе и по такому базовому параметру, как возраст. В современных эпидемиологических условиях перед органами власти встает (по крайней мере, заслуживает высоких позиций в повестке дня) нетривиальный вопрос: как эффективно управлять имеющимися ресурсами, прежде всего финансовыми, чтобы и удовлетворить все более растущие потребности населения пожилого и старческого возрастов в медицинской помощи, и не упустить из вида потребности, часто скрытые, молодых слоев. Обозначенная проблема в значительной степени лежит в плоскости «лечение – профилактика» [7]. Все это актуализирует количественную оцен-

ку затрат на оказание медицинской помощи в разрезе возрастных групп населения, что позволяет вычислить их удельный вес в совокупных затратах на оказание медицинской помощи в рамках страховых фондов. Хотя такие данные отражают структуру затрат не столько во времени (например, если бы мы изучали то, как изменяются потребности человека или группы людей в течение жизни), сколько дискретно – в один краткосрочный период, скажем, год, они, тем не менее, позволяют получить точные представления о реальной динамике потребностей. Эти вопросы поднимались и ранее (в 2008 году), когда возникла необходимость учета в планировании будущих расходов отрасли половозрастной структуры населения и, соответственно, расчета и обоснования поправочных коэффициентов, отражающих фактические затраты на оказание медицинской помощи в возрастном и гендерном измерениях [1]. Было установлено, что наибольшие затраты на медицинскую помощь в регионе приходятся на мужское население в возрасте от двух до четырех лет, а также на пожилых людей. Однако сегодня, спустя более 10 лет, тема пространственных, половозрастных и социальных аспектов неравенства снова обостряется, что требует проведения исследований с опорой на актуальные ведомственные данные. Кроме того, требует дополнительного изучения распределение финансовых ресурсов отрасли между различными категориями населения с позиций уровневости и маршрутизации оказания медицинской помощи.

В статье поставлена цель выявить различия между возрастными группами населения региона в объеме и структуре затрат общественных ресурсов на оказание медицинской помощи. Представлены как теоретические основы обсуждаемой проблемы, так и результаты авторского исследования. Для выявления специфики потребностей населения в медицинской помощи используются данные о фактических затратах Территориального фонда ОМС Вологодской

области по видам медицинской помощи<sup>2</sup>. Виды медицинской помощи выделяются в соответствии с уровнями (первичная, вторичная, третичная медицинская помощь), условиями ее оказания, регламентированными Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ. Уделено внимание и высокотехнологичной медицинской помощи, которая включает в себя применение передовых методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения.

Как показали результаты исследования, структура затрат на оказание медицинской помощи населению региона в рамках средств территориального фонда ОМС в возрастном разрезе достаточно стабильна во времени (были проанализированы затраты за 2017, 2018, 2019 гг. и за первое полугодие 2020 года), но в статье представлены итоги анализа за 2019 год, поскольку это последний год, за который на момент написания статьи имелись полноценные данные. Для иллюстрации особенностей в обращении за медицинской помощью представителей различных возрастных групп используются данные социологического опроса взрослого населения Вологодской области «Изучение здоровья населения и определяющих его факторов», проведенного сотрудниками ФГБУН ВолНЦ РАН в 2020 году на территории Вологодской области (N = 1500).

### Результаты

Финансирование медицинской помощи населению в России осуществляется в рамках государственных гарантий преимущественно из средств страховых внебюджетных фондов (ОМС) через страховые компании. Для регламентации расходов на территориальные программы государственных гарантий устанавливается подушевой норматив, который корректируется в зависимости от фактических потребностей населения в медицинской помощи, территориальной специфики (с учетом климатогеографических и экономических особенностей субъектов

<sup>2</sup> Авторы благодарят ТФ ОМС Вологодской области, прежде всего его директора Д.Л. Порохина, за предоставленные данные.

Российской Федерации). Однако эти инструменты не позволяют добиться желаемой комплементарности между реальными потребностями населения в медицинской помощи и фактическими объемами финансирования отрасли. Экономическая дифференциация регионов порождает неравенство в возможностях по наполнению бюджетов и внебюджетных государственных фондов. В 2018 году для финансирования территориальных программ госгарантий был установлен норматив в размере 14301,30 руб. на 1 жителя / застрахованного, из них 3488,60 руб. (24,4%) – из средств бюджетов субъектов РФ, 10812,70 руб. (75,6%) – из средств территориальных фондов ОМС. Вместе с тем в 45 регионах общефедеральный норматив не был реализован. Особенно низкие значения подушевых расходов на здравоохранение зафиксированы в республиках Северо-Кавказского федерального округа (в целом по округу 11843,9 руб. на 1 жителя; минимальное по округу и вообще по России значение – в Республике Ингушетии: 11069,6 руб.), республиках Марий Эл и Калмыкии (11424,9 и 11856,8 руб. соответственно). Отмечается заметный разброс в расходах на реализацию программы госга-

рантий и в отношении средств внебюджетных фондов: в 2018 году в Республике Калмыкии на одного застрахованного приходилось 9348,6 руб. (это минимальное по России значение) затрат из средств обязательного медицинского страхования, в Чукотском автономном округе – 46488,3 руб. (максимальное значение среди субъектов РФ). Наибольшие показатели затрат ОМС также наблюдаются в регионах Дальневосточного федерального округа, что связано с экономической ситуацией, высокой долей нефтегазовой ренты в доходах, а также нередко с незначительной численностью населения в автономных округах. Можно говорить о том, что сравнивать настолько разные субъекты некорректно, но данные, приведенные в *табл. 1*, свидетельствуют о глубине дифференциации регионов России по показателям затрат на оказание медицинской помощи даже в рамках одного Северо-Западного федерального округа. Здесь в ряде субъектов (Калининградской, Псковской, Новгородской областях) финансирование осуществлялось в размере ниже установленного норматива. Ситуацию усугубляет и то, что нередко в наиболее финансово благополучных регионах в структуре населения преобладает молодое

**Таблица 1. Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение, руб. на 1 жителя/застрахованного, расположены по увеличению совокупных расходов (данные 2018 года)**

Территория	Всего	Бюджет субъекта РФ	ТФ ОМС
Установленный норматив	14301,30	3488,60	10812,70
Российская Федерация	17580,28	4504,40	13075,90
Северо-Западный федеральный округ	21453,58	6207,60	15246,00
Калининградская область	12752,65	1411,70	11340,90
Псковская область	12871,24	2900,10	9971,20
Новгородская область	13198,03	3411,20	9786,90
Вологодская область	15078,43	3789,50	11289,00
Ленинградская область	17242,41	3705,70	13536,70
Республика Карелия	20009,46	3144,60	16864,90
Архангельская область	22017,42	4289,90	17727,50
г. Санкт-Петербург	26004,54	9579,30	16425,20
Республика Коми	26081,59	7616,10	18465,50
Мурманская область	26297,69	5777,60	20520,10
Ненецкий автономный округ	61374,32	30165,20	31209,10
Источник: данные Росстата.			

трудоспособное население, менее, чем представители старших возрастных групп, нуждающееся в медицинской помощи, тогда как регионы с ограниченной налоговой базой и, следовательно, меньшими возможностями в аккумулировании средств на финансирование здравоохранения часто неблагоприятны в демографическом отношении.

Вместе с тем неоднородны и параметры общественного здоровья и потребностей населения в медицинской помощи. Одни граждане не имеют серьезных проблем со здоровьем, а потому посещают государственные учреждения здравоохранения только в исключительных случаях, чаще всего – при необходимости получить лист временной нетрудоспособности. У других, напротив, есть хронические заболевания, а потому они вынуждены регулярно обращаться за медицинской помощью по месту жительства [9]. Все более четко проявляются границы в ожиданиях и возможностях лечения между категориями населения, различающимися по имущественному признаку [10]. Добавим от себя, что в значительной мере эти различия проходят по линиям возрастных групп: прежде всего – молодых и пожилых. Возрастная структура населения выступает важнейшим аспектом реализации принципа общественной солидарности в рамках государственной системы финансирования здравоохранения: «богатый платит за бедного, здоровый – за больного». Пожилой и старческий возрасты сопряжены с повышенным риском для здоровья как в силу естественных причин (накопление хронической, в том числе и сочетанной, патологии), так и в связи со снижением дохода после выхода на пенсию, когда оплачивать медицинские услуги становится затруднительно. Рост ожидаемой продолжительности жизни – это устойчивая тенденция, поэтому правительства многих стран мира, в том числе и тех, для которых эта проблема еще вчера не казалась столь актуальной, сегодня озабочены необходимостью сохранения здоровья пожилых как наиболее уязвимой категории граждан<sup>3</sup> [11; 12]. Добавим к этому, что старение насе-

ления, наряду с технологическим развитием медицины, ростом общественных ожиданий и давлением поставщиков, отмечается как ведущая причина роста расходов на здравоохранение в развитых странах мира [13]. Однако существует альтернативная точка зрения, согласно которой значение демографической детерминанты в динамике расходов на медицинскую помощь переоценено. Дж. Брайант, О. Сонерсон отмечают, что роль в увеличении затрат на медицинскую помощь в современном мире играют не возраст сам по себе, а высокая вероятность инвалидности в старческом возрасте и эффект интервала времени до смерти [14]. Не останавливаясь на критике этого подхода, отметим, что «Healthy Ageing» (здоровое/активное долголетие) сохраняет актуальность в разработке и реализации политики в области общественного здоровья, соответственно, требуя существенных затрат общественных ресурсов здравоохранения [15]. Однако параллельно встает вопрос о профилактике заболеваний, предупреждении сложных патологий в более ранних возрастах [16]. Действительно, сегодня многие болезни «молодеют», а такие негативные факторы среды, как экологическая обстановка и стресс, заставляют задумываться над сохранением здоровья самых молодых жителей и детей [17; 18]. Кроме того, и в молодости (не говоря о детстве), казалось бы в отношении здоровья беззаботной, существуют критически важные для всей дальнейшей жизни периоды. Так, согласно G. Patton et al., уязвимым и, следовательно, требующим особого внимания медицинских служб, является подростковый возраст, в котором человек приобретает физические, когнитивные, эмоциональные и другие ресурсы, закладывающие основу здоровья и благополучия на будущее [19]. Очевидно, требуется привлечение дополнительных средств для обеспечения граждан этой возрастной категории необходимыми медицинскими услугами. Подобную стратегию описывают зарубежные исследователи, изучая вопрос изменений в системе медицинского стра-

<sup>3</sup> Ageing and health (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

хования. Так, E. Cardella и B. Derew отмечают, что в некоторых штатах США растут страховое покрытие для людей в возрасте от 19 лет и охват этой части населения [20], что, в свою очередь, повысило оценки собственного здоровья у застрахованных. Дело осложняется еще и тем, что необходимые детям и особенно подросткам виды помощи могут далеко выходить за узкие рамки медицинских процедур и манипуляций, требуя, к примеру, адекватного информирования граждан, которое, помимо всего прочего, трудно оценить с позиций эффективности. Таким образом, переменная возраста, обуславливающая уровень потребности субъекта в медицинской помощи, противоречива. С одной стороны, с возрастом ресурс здоровья человека растрачивается, происходит накопление различных хронических патологий, организм становится более уязвимым к негативным воздействиям среды, снижается его естественный защитный потенциал. Это подтверждается результатами социологических опросов населения: если среди молодых респондентов от 18 до 30 лет доля тех, кто признает наличие у себя длительно протекающих хронических заболеваний, составляет 14%, то среди респондентов пенсионного возраста их удельный вес уже превышает половину – 54%. С возрастом также существенно увеличивается распространенность стойких нарушений здоровья, приводящих к инвалидности. Согласно тем же результатам социологических опросов, среди участвовавших в обследовании молодых людей 18–30 лет удельный вес инвалидов всех групп составляет лишь 1,7%, тогда как среди лиц пенсионного возраста он достигает 12,4%. С другой стороны, при адекватном и своевременном принятии мер по профилактике заболеваний организм человека может долго поддерживать удовлетворительный уровень здоровья, по крайней мере, при прочих равных условиях (условия и образ жизни, генетический потенциал и пр.) такая стратегия более выигрышна, чем отсутствие медицинской активности.

Представители старших возрастных групп чаще, чем молодые, посещают медицинские организации: 78% респондентов пенсионного возраста признались, что в течение последнего года обращались за медицинской помощью, тогда как среди молодых таких чуть больше половины (52%), среди респондентов среднего возраста – 58% (рассчитывается доля во всей выборочной совокупности, включая и тех, кто не обращался за медицинской помощью в течение предшествовавшего опросу года). При этом лица пенсионного возраста в большей степени, чем молодые и средневозрастные люди, выбирают только государственные лечебно-профилактические учреждения здравоохранения: 65% против 40 и 45% соответственно.

Важно и то, что пожилые люди чаще, чем молодые, обращаются в медицинские учреждения в случае заметного ухудшения самочувствия, вторые более склонны терпеть проблемы со здоровьем, справляться с ними самостоятельно или вовсе игнорировать возникшие симптомы заболеваний (справедливости ради отметим, что нарушения здоровья в пожилом возрасте более критичны, чем в молодом). В случае заметного ухудшения самочувствия только 9% респондентов пенсионного возраста не предпринимают никаких мер (формулировка ответа «Терплю, не обращаюсь к врачам и не пытаюсь лечиться самостоятельно: пройдет само»), среди категории молодых респондентов (18–30 лет) такой ответ дают уже 21%, среди респондентов среднего возраста (интервал от 30 лет до пенсионного возраста) – 20%<sup>4</sup>. Молодые чаще пожилых стараются самостоятельно справиться с возникшей проблемой со здоровьем, в том числе прибегая к помощи интернет-ресурсов: в этом признаются 20% молодых и 16% представителей среднего возраста против 8% респондентов постпенсионного возраста (формулировка ответа «Ищу информацию о моих симптомах в интернете, стараюсь справиться с проблемой самостоятельно»). Профилактика заболеваний названа 20%

<sup>4</sup> Респондентам задавался вопрос «Что Вы обычно делаете, когда чувствуете заметное ухудшение самочувствия?».

респондентов причиной обращения к врачу в течение года, предшествовавшего опросу. В возрастном разрезе эта причина отмечена 19% респондентов молодого возраста, 18 и 23% соответственно в группах среднего и пенсионного возраста.

В объемах оказываемой населению в рамках программы государственных гарантий медицинской помощи в пересчете на численность населения в России преобладают посещения врача с профилактическими и иными целями (в целом по стране на 1 жителя в 2018 году пришлось 3,386 посещения), им уступают обращения в связи с заболеваниями (1,787 посещения; рис. 1).

Однако это еще не значит, что для граждан в приоритетах в медицинском поведении стоит профилактика. Заметный отрыв между двумя обозначенными категориями медицинской помощи обусловлен особенностями статистического учета. Если в категории обращений в связи с заболеваниями оказываются исключительно законченные случаи лечения (они должны завершиться выздоровлением или улучшением состояния) или перенаправления пациента на следующие уровни оказания медицинской помощи (в стационарное учреждение, отделение медицинской реабилитации или дневной стационар), то посещения с профилактическими и иными целями – довольно широкая категория случаев взаимодействий

гражданина с медицинскими службами, объединяющая профилактические и медицинские осмотры, диспансеризацию, посещения центров здоровья, наблюдение беременных при нормальном течении беременности, а также многочисленные примеры оформления медицинских документов.

Какие возрастные группы демонстрируют наибольшие показатели затрат на оказание медицинской помощи? Установим это, опираясь на данные о фактических затратах Территориального фонда ОМС Вологодской области. За основу возьмем детальную возрастную шкалу, разбитую на пятилетние интервалы (первая группа – четырехлетняя). Наибольший объем затрат на оказание медицинской помощи фиксируется для детей до четырех лет, медицинская помощь которым в 2019 году «стоила» государству 1281,5 млн руб. средств ОМС, и пожилых людей возрастом от 60 до 69 лет (совокупный объем затрат на оказание медицинской помощи представителям данной категории оценивался в 2845,2 млн руб.; табл. 2).

Наименьшие в абсолютном выражении затраты на оказание медицинской помощи приходятся на молодых (особенно это относится к категории граждан от 20 до 24 лет, которым в том же году была оказана помощь в размере 318,4 млн руб. общественных страховых средств регионального здравоохранения). Представители более старших

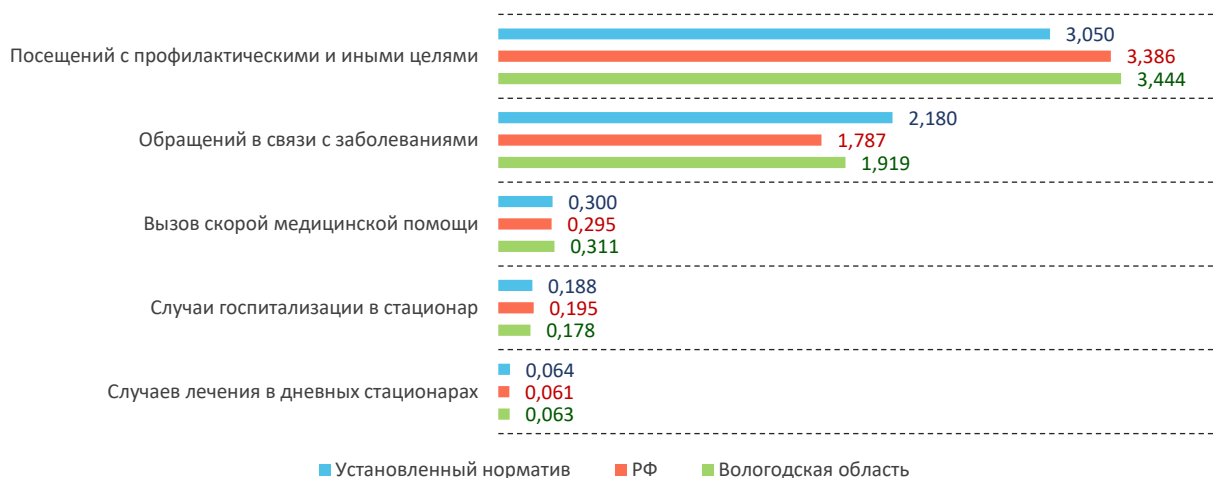


Рис. 1. Фактические объемы медицинской помощи, предоставляемой населению в России в рамках территориальных программ госгарантий (2018 год), ед. на 1 жителя

Источник: данные Минздрава и Росстата.

**Таблица 2. Затраты ТФ ОМС Вологодской области на оказание медицинской помощи в разрезе возрастных групп и по видам медицинской помощи (данные 2019 года)\*, млн руб.**

Возрастная группа, лет	Медицинская помощь					
	амбулаторно-поликлиническая	вне медицинской организации	дневной стационар	стационар	ВТМП	всего
От 0 до 4	490,9	69,3	46,4	642,7	32,2	1281,5
От 5 до 9	430,9	33,7	42,7	247,1	5,9	760,2
От 10 до 14	305,2	21,3	30,6	204,8	6,7	568,5
От 15 до 19	263,0	21,0	26,8	182,1	7,2	500,2
От 20 до 24	120,4	21,3	20,7	152,3	3,7	318,4
От 25 до 29	167,0	27,8	41,7	243,7	6,9	487,1
От 30 до 34	269,6	41,5	106,8	372,9	14,3	805,1
От 35 до 39	261,7	41,2	114,1	354,3	18,0	789,2
От 40 до 44	234,2	37,1	92,9	301,0	27,3	692,6
От 45 до 49	223,4	33,5	104,0	295,5	28,7	685,1
От 50 до 54	236,4	35,9	125,9	369,2	35,9	803,3
От 55 до 59	320,1	52,6	186,5	546,7	69,9	1175,8
От 60 до 64	380,3	73,7	208,0	689,8	87,9	1439,7
От 65 до 69	357,5	77,4	196,3	691,6	82,7	1405,5
От 70 до 74	241,3	61,2	129,4	491,4	56,9	980,3
От 75 до 79	116,0	45,6	46,6	274,8	31,8	514,7
От 80 до 84	116,9	76,6	6,9	310,2	28,0	538,7
От 85 до 89	36,6	44,7	6,9	122,5	8,8	219,5
От 90 до 94	12,1	19,7	0,9	36,1	1,9	70,6
От 95 до 99	1,8	3,8	0,1	4,6	0,0	10,3
Все категории	4585,3	838,9	1534,2	6533,3	554,7	14046,3

\* Приводятся данные за последний год, по которому имеются полноценные данные.  
Источник: данные ТФ ОМС Вологодской области.

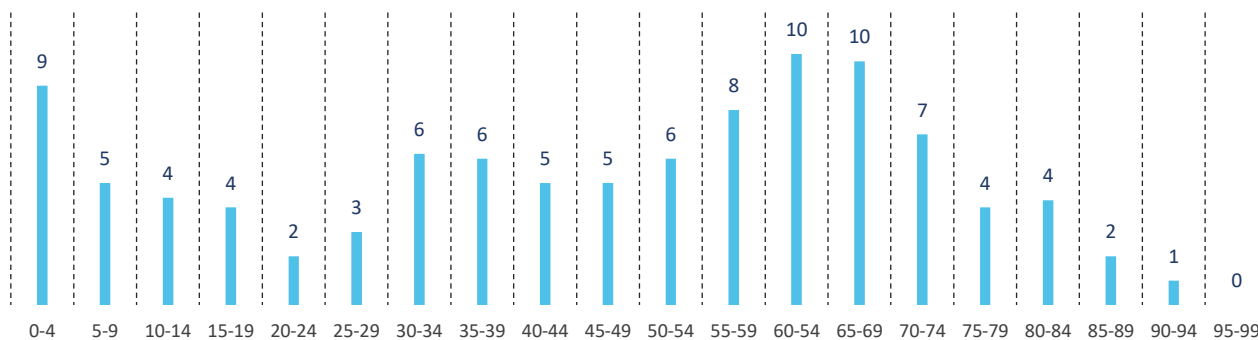
возрастных групп (старше 80 лет) также получают меньшую часть средств из государственных внебюджетных фондов, но прежде всего в силу малочисленности указанной возрастной категории. Напротив, наибольшие объемы финансирования из средств ТФ ОМС по Вологодской области были привлечены на оказание медицинской помощи жителям региона возрастом от 60 до 64 лет (1439,7 млн руб.) и от 65 до 69 лет (1405,5 млн руб.).

Рассчитаем удельный вес затрат внебюджетных фондов на оказание медицинской помощи отдельным возрастным категориям населения в совокупных затратах. Распределение затрат территориального фонда ОМС

Вологодской области на оказание медицинской помощи складывается без существенного преобладания той или иной возрастной группы, однако наибольший вклад в общую сумму расходов вносят следующие категории населения: дети до 4-х лет (9%), представители возрастной группы 60–69 лет, частично захватывающей категории среднего и пожилого возрастов (20%; *рис. 2*). Почти треть (28%) затрат в рамках фондов ОМС приходится на лиц среднего и пожилого возрастов – в рамках интервала от 55 до 69 лет<sup>5</sup>. Следующие за ними возрастные группы пожилого и старческого возрастов, а также долгожители всегда являются малочисленными,

<sup>5</sup> Осуществить распределение затрат по возрастным категориям классификации ВОЗ в исследовании не всегда удается, поскольку получены данные по пятилетним возрастным группам населения.





**Рис. 2. Распределение затрат ТФ ОМС на оказание медицинской помощи в разрезе возрастных групп, % от общей суммы затрат**

Источник: данные ТФ ОМС Вологодской области.

поэтому их вклад в общую сумму затрат на медицинскую помощь незначителен.

Использование термина «распределение» в сравнительной оценке потребления медицинской помощи различными возрастными группами требует пояснений. С одной стороны, имеется в виду распределение как стихийный процесс. Мы анализируем, какие затраты понесли государственные фонды, то есть постфактум: заболевший человек обращается в медицинское учреждение и получает необходимую помощь, которая и оплачивается страховыми организациями. С другой стороны, нельзя игнорировать и систему планирования затрат, опирающуюся на уровень предыдущих расходов, а также половозрастную структуру населения и прочие тарификационные переменные, с помощью которых рассчитывается ожидаемый масштаб необходимых средств. Можно говорить, что сложившаяся структура затрат – это и результат планирования, и итог стихийных процессов, определяющих порядок обращений граждан в медицинские организации.

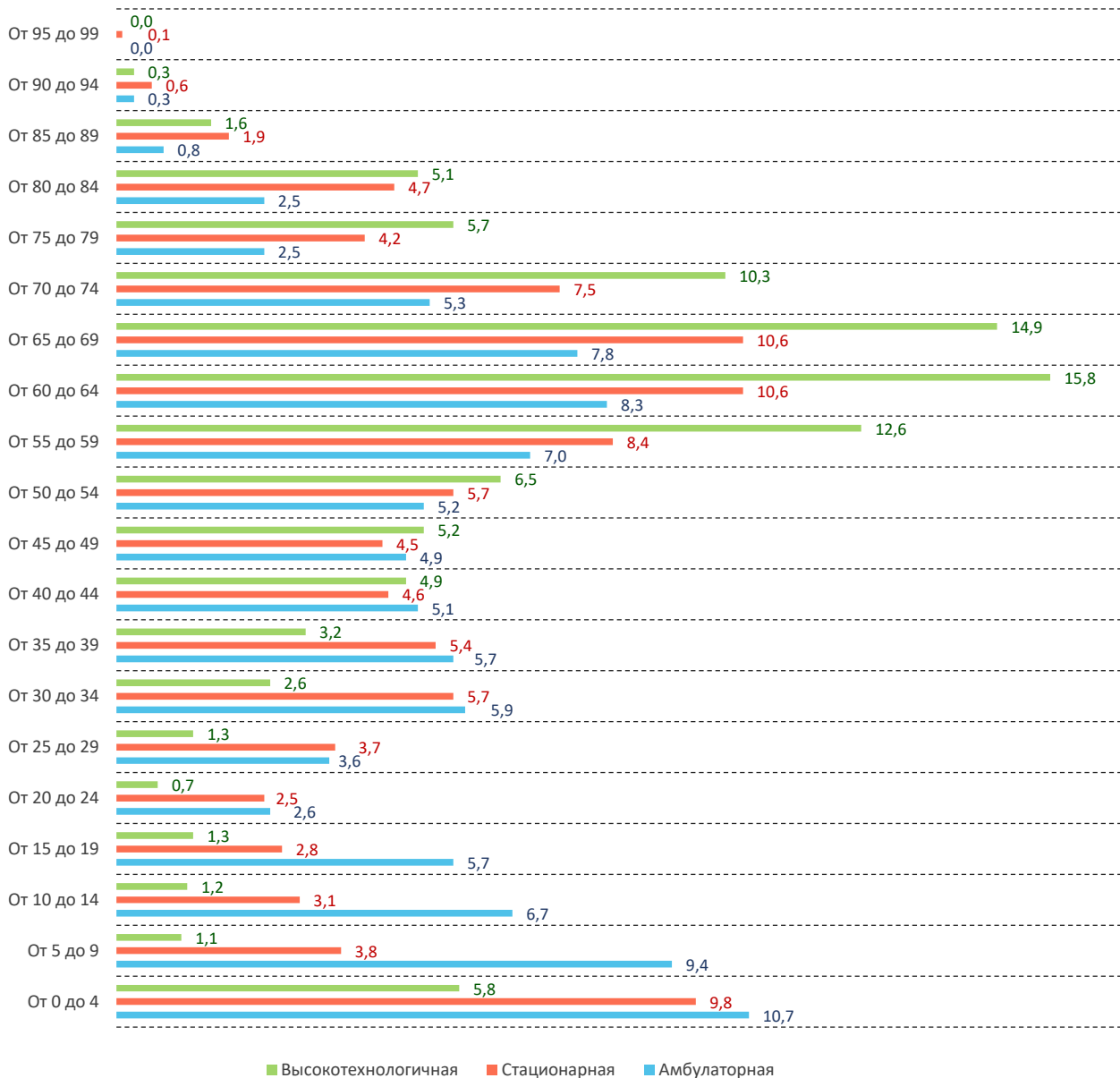
Тот же анализ, но проведенный в разрезе видов медицинской помощи, позволяет выявить возрастной состав их получателей. В целом распределение затрат на амбулаторную, стационарную и высокотехнологичную медицинскую помощь по возрастным группам имеет сходные тенденции: пики в затратах и, соответственно, потребностях наблюдаются для детей до 4-х лет (по амбулаторной помощи – 10,7%; стационарной – 9,8%, высокотехнологич-

ной – 5,8%), представителей среднего возраста и пожилых (рис. 3).

Структура затрат средств ТФ ОМС в разрезе видов медицинской помощи в целом складывается с преобладанием амбулаторного и стационарного звеньев: они составляют в ней 32,6 и 46,5% соответственно. Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара, которая нередко тоже является амбулаторной, но рассматривается, в силу специфики характера и условий оказания, отдельно, составляет 11% в структуре совокупных затрат, немедицинская и высокотехнологичная виды помощи – 6,0 и 3,9% соответственно.

Однако если удельный вес затрат на оказание больничной помощи стабилен в сравнении разных возрастных групп (разброс составляет от минимального (33%) для возрастной группы 5–9 лет до максимального (55%) – для группы раннего старческого возраста 75–79 лет), то затраты на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в сопоставлении варьируются в более широких пределах (минимум здесь составляет 17,6% для долгожителей 90–94 года, максимум – 56% для детей в возрасте 5–9 лет; рис. 4).

В целом с возрастом снижается удельный вес затрат на оказание амбулаторной медицинской помощи в общей структуре общественных расходов фондов ОМС, для стационарного компонента эти изменения совсем не характерны. Интересно выделить «целевую группу» получателей медицинской помощи в условиях дневного стационара. Составляя малую долю в общей структуре



**Рис. 3. Распределение затрат ТФ ОМС на оказание медицинской помощи в разрезе возрастных групп по видам медицинской помощи, % от общей суммы затрат на каждый вид помощи**

Источник: данные ТФ ОМС Вологодской области.

затрат на оказание помощи, дневные стационары демонстрируют рост привлекаемых средств общественных фондов от детского населения к молодым (диапазон от минимального 3,5% для детей до четырех лет до 11% для категории 40–44 лет, то есть верхней границы молодого возраста). Для группы потребителей 45–49 лет она достигает умеренного, но все-таки максимального по сравнению с прочими возрастными группами значения – почти 13%. Доля затрат на оказание медицинской помощи в дневном стационаре идет на убыль в направлении

от групп старческого возраста до категории переступивших барьер «долголетия».

Другая тенденция – рост удельного веса затрат на оказание медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), для возрастных групп старше 75 лет. Для всего «жизненного пути», с детства до пожилого возраста, эти затраты составляют стабильную и умеренную – не более 4–6% – долю

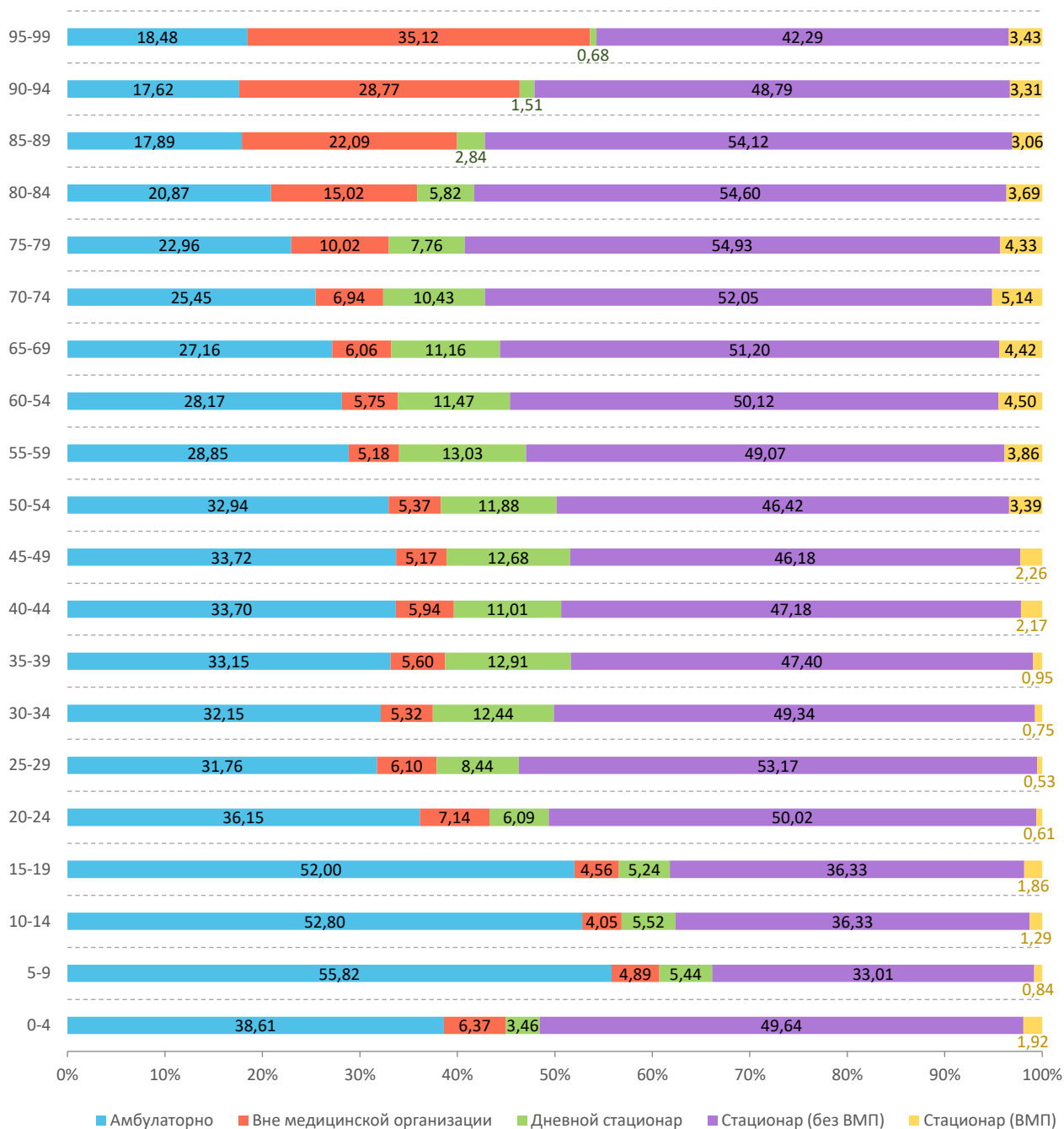


Рис. 4. Структура затрат по видам медицинской помощи для различных возрастных групп, % от совокупных затрат для каждой группы

Источник: данные ТФ ОМС Вологодской области.

в структуре совокупных затрат на оказание медицинской помощи, однако уже для возрастной группы 80–84 года их вклад составляет 15%, 85–89 лет – 22%, для 95–99 лет достигает максимума – 35%. Это обусловлено тем, что лица пожилого и старческого возрастов чаще других испытывают острые проблемы со здоровьем, а потому вызывают (сами или силами родственников) скорую

медицинскую помощь к месту проживания, также имеют сложности с передвижением к пунктам оказания первичной медицинской помощи. Данные социологических опросов подтверждают указанное предположение: в случае заметного ухудшения самочувствия 21% респондентов постпенсионного возраста вызывают скорую помощь, молодые люди (18–30 лет) и лица среднего возраста (интер-

вал от 30 лет до пенсионного возраста) прибегают к такой практике гораздо реже (представители этих групп дали подобный ответ в 7 и 12% случаев соответственно)<sup>6</sup>. Высокотехнологичная медицинская помощь составляет малую долю в структуре совокупных затрат на поддержание здоровья человека, поскольку требуется сравнительно редко – в случаях сложных нарушений функций организма. Однако максимальный вклад и, соответственно, потребность в ней наблюдаются у возрастной группы 70–74 лет, то есть на исходе пожилого возраста (5% в общей структуре затрат средств ОМС). В целом рассредоточение средств внебюджетных фондов на оказание медицинской помощи населению региона между его возрастными группами складывается в близких пропорциях, которые были выделены нами и в более ранних исследованиях [8], однако введение дополнительного классификационного признака – вид медицинской помощи в соответствии с ее организацией и уровнем – позволило получить новые сведения о том, какие «целевые группы» аккумулируют вокруг себя такие перспективные виды помощи, как дневные стационары и высокотехнологичная медицинская помощь.

### Заключение

Возраст является важнейшим фактором потребности в медицинской помощи и, следовательно, затрат на ее оказание. Правильное распределение расходов на оказание различных видов медицинской помощи по возрастам с учетом их характера важен для создания устойчиво функционирующей системы здравоохранения, обеспечивающей не только базовые, но и расширенные потребности людей в медицинских услугах и, в конечном счете, вобретении ожидаемого ими уровня здоровья. Полученные данные позволили сделать два важных вывода. Во-первых, потребности населения в медицинской помощи действительно демонстрируют предска-

емую картину, где наиболее уязвимыми и нуждающимися группами являются дети самых ранних возрастов и пожилые. Во-вторых, нельзя принимать как должное низкий уровень потребности молодых категорий граждан в медицинских услугах. Возможно, следует уделять больше внимания ранней диагностике заболеваний, что позволит предупредить резкий всплеск заболеваемости в зрелом возрасте, когда гражданам и медицинским службам уже приходится решать сложные проблемы со здоровьем. Нередко в пожилой возраст человек вступает с целым рядом хронических заболеваний, каждое из которых затрудняет лечение другого. Иными словами, при обеспечении предупредительных мер сложившиеся профили потребностей в медицинской помощи и, следовательно, в финансовых затратах фондов, скорее всего сохранятся, поскольку отражают объективные потребности в помощи обсуждаемых групп населения, но распределение по категориям окажется более оптимальным и без резких пиков. Как показано в статье, здоровье можно рассматривать как экономический ресурс, что наделяет его свойствами, присущими классическим товарам. Следовательно, со стороны системы здравоохранения необходимы организация и поддержание такой системы распределения ресурса, которая исключает его дефицит и не создает избыток, распределяя его в зависимости от потребностей пациентов.

Имеется и ряд методических и инструментальных ограничений авторского подхода к исследованию. Так, выделение авторами возрастных групп является если не произвольным (таковым оно было бы в случае укрупнения групп вне традиционных или методологически оправданных границ возрастов), то в известной степени свободным. Дробность возрастной линии в оценке затрат приводит к тому, что разница в потреблении медицинской помощи не всегда ясно видна. Это создает предпосылки для

<sup>6</sup> Респондентам задавался вопрос «Что Вы обычно делаете, когда чувствуете заметное ухудшение самочувствия?». Приводятся данные социологического опроса «Изучение здоровья населения и определяющих его факторов», проведенного сотрудниками ФГБУН ВолНЦ РАН в 2020 году на территории Вологодской области (N = 1500).

произвольного объединения групп и дальнейших проблем при объективной интерпретации результатов. Вместе с тем именно во избежание подобных рисков авторы сосредотачиваются на анализе различий между оптимальными единицами оценки – пятилетними возрастными группами получателей медицинской помощи. Другим ограничением работы выступает отсутствие оценки относительных затрат на оказание медицинской помощи, в расчете на количество представителей каждой возрастной группы, что могло бы существенно обогатить результаты. Это упущение предстоит устранить в будущих работах. В дальнейших

исследованиях авторы планируют уделить больше внимания гендерным, социальным и прочим особенностям как предикторам затрат на оказание медицинской помощи, а также более детально проанализировать обстоятельства, формирующие выбор человеком медицинской помощи с учетом территориального критерия и в контексте нарастающей коммерциализации здравоохранения. В представленном варианте основной акцент сделан на медицинскую помощь, финансируемую из общественных фондов (доля расходов частных медицинских учреждений, оплачиваемых на средства ОМС, на сегодняшний день незначительна).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Калашников К.Н., Шабунова А.А., Дуганов М.Д. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. 153 с.
2. Grossman M. [et al.]. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 1972, vol. 80, no. 2, pp. 223–255.
3. Grossman M. The demand for health after a decade. *Journal of Health Economics*, 1982, vol. 1, no. 1, pp. 1–3.
4. Grossman M. The demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection. *Journal of Health Economics*, 2004, vol. 23, no. 4, pp. 629–636.
5. Howard M. *Public Sector Economics for Developing Countries*. University of the West Indies Press, Kingston, 2001. 318 p.
6. Oakland W.H. Theory of public goods. *Handbook of Public Economics*. Elsevier, 1987, vol. 2, pp. 485–535.
7. Heffley D.R. Allocating health expenditures to treatment and prevention. *Journal of Health Economics*, 1982, vol. 1, no. 3, pp. 265–290.
8. Подушевое финансирование здравоохранения по методу «затраты – результаты» / А.А. Колынько [и др.] // *Финансы*. 2008. № 7. С. 9–12.
9. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении / под ред. О.П. Щепина. М.: Медицина, 2005.
10. Чубарова Т.В. Финансово-экономические аспекты доступности медицинских услуг в России // *Бюл. ВСНЦ СО РАМН*. 2016. Т. 1. № 5 (111). С. 84–89.
11. Carmona J.J., Michan S. Biology of healthy aging and longevity. *Revista de Investigación Clínica; Organó del Hospital de Enfermedades de la Nutrición*, 2016, vol. 68, no. 1, pp. 7–16.
12. Mechanic D. The changing elderly population and future health care needs. *Journal of Urban Health*, 1999, vol. 76 (1), pp. 24–38. DOI: 10.1007/BF02344459
13. Моссиалос Э. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы: пер. с англ. М.: Весь Мир, 2002. 352 с.
14. Брайант Дж., Сонерсон О. Оценка затрат, связанных со старением населения // *Финансы & развитие*. 2006. Вып. 43. № 3. С. 48–50.
15. Beard J.R. [et al.]. The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 2016, vol. 387, no. 10033, pp. 2145–2154.
16. Baker R. [et al.]. Engaging young people in the prevention of noncommunicable diseases. *Bulletin of the World Health Organisation*, 2016, vol. 94 (7), pp. 484–484. DOI: 10.2471/BLT.16.179382
17. Римашевская Н.М., Русанова Н.Е. Здоровье российского населения в условиях социальной модернизации // *Народонаселение*. 2015. № 4. С. 33–42.

18. Шабунова А.А., Морев М.В., Кондакова Н.А. Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. 262 p.
19. Patton G.C. [et al.]. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet. Lancet Publishing Group*, 2016, vol. 387, no. 10036, pp. 2423–2478.
20. Cardella E., Depew B. The effect of health insurance coverage on the reported health of young adults. *Economics Letters*, 2014, vol. 124, no. 3, pp. 406–410.

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Константин Николаевич Калашников – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: konstantino-84@mail.ru

Иван Владимирович Артамонов – младший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: iv.artamonov@outlook.com

**Kalashnikov K.N., Artamonov I.V.**

### EXPENDITURES OF EXTRA-BUDGETARY STATE FUNDS OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE FOR REGIONAL HEALTH CARE DELIVERY IN THE CONTEXT OF AGE GROUPS

*The ability to maintain health at a high level and receive the necessary assistance timely is one of the foundations of social well-being in the modern world. At the same time, human and population needs for health care change during life: at certain periods, health problems become more acute, and therefore a person especially needs the help of medical services. This is relevant not only at the individual level, but also from the standpoint of public administration: for rational allocation of available resources and formation of an effective health protection policy, it is necessary to have reliable data on the needs for health care of different categories of population. The purpose of the research is to identify differences in the volume and structure of public resources spent on health care between the age groups of the region's population. To achieve this goal, we have used data on the actual costs of the Vologda Oblast Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance by age group and type of health care. The work has found that the largest amount of health care costs falls on children under 4 years of age (9% of the total amount of extra-budgetary funds) and the elderly aged 60 to 69 years (20% of the total costs). The novelty of the research is to identify differences in the current costs of health care delivery to different age groups in the profile of its types. There is a tendency to reduce the cost of outpatient health care from younger to older age groups. And vice versa: the total health care costs for elderly and "long-lived" categories contains an ever-increasing proportion of health care costs outside of medical organizations. The practical significance of the article lies in the fact that the results will allow laying out expenditures in health service more balanced.*

*Health care, expenditures, health service system, Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance, age groups.*

## REFERENCES

1. Kalashnikov K.N., Shabunova A.A., Duganov M.D. *Organizatsionno-ekonomicheskiye faktory upravleniya regional'noy sistemoy zdravookhraneniya: monografiya* [Organizational and Economic Management Factors of the Regional Health Care System: Monograph]. Vologda: ISERT RAN, 2012. 153 p.
2. Grossman M. [et al.]. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 1972, vol. 80, no. 2, pp. 223–255.
3. Grossman M. The demand for health after a decade. *Journal of Health Economics*, 1982, vol. 1, no. 1, pp. 1–3.
4. Grossman M. The demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection. *Journal of Health Economics*, 2004, vol. 23, no. 4, pp. 629–636.
5. Howard M. *Public Sector Economics for Developing Countries*. University of the West Indies Press, Kingston, 2001. 318 p.
6. Oakland W.H. Theory of public goods. *Handbook of Public Economics*. Elsevier, 1987, vol. 2, pp. 485–535.
7. Heffley D.R. Allocating health expenditures to treatment and prevention. *Journal of Health Economics*, 1982, vol. 1, no. 3, pp. 265–290.
8. Kolin'ko A.A. et al. Per capita health care financing to the “cost-results” method. *Finansy=Finance*, 2008, no. 7, pp. 9–12 (in Russian).
9. Lindenbraten A.L. *Sovremennyye ocherki ob obshchestvennom zdorov'ye iz zdravookhraneniia* [Contemporary Essays on Public Health and Health Care]. Ed. by Shchepina O.P. Moscow: Meditsina, 2005.
10. Chubarova T.V. Financial and economic aspects of access to health care in Russia. *Byulleten' VSNTS SO RAMN=Bulletin of the East Siberian Scientific Center SB RAMS*, 2016, vol. 1, no. 5 (111), pp. 84–89 (in Russian).
11. Carmona J.J., Michan S. Biology of healthy aging and longevity. *Revista de Investigación Clínica; Organo del Hospital de Enfermedades de la Nutrición*, 2016, vol. 68, no. 1, pp. 7–16.
12. Mechanic D. The changing elderly population and future health care needs. *Journal of Urban Health*, 1999, vol. 76 (1), pp. 24–38. DOI: 10.1007/BF02344459
13. Mossialos E. *Finansirovaniye zdravookhraneniya: al'ternativy dlya Yevropy* [Funding Health Care: Options for Europe]. Trans. from English. Moscow: Ves Mir, 2002. 352 p.
14. Bryant J., Sonerson O. Estimating costs of aging population. *Finansy & razvitiye=Finance & Development*, 2006, issue 43, no. 3, pp. 48–50 (in Russian).
15. Beard J.R. [et al.]. The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 2016, vol. 387, no. 10033, pp. 2145–2154.
16. Baker R. [et al.]. Engaging young people in the prevention of noncommunicable diseases. *Bulletin of the World Health Organisation*, 2016, vol. 94 (7), pp. 484–484. DOI: 10.2471/BLT.16.179382
17. Rimashevskaya N.M., Rusanova N.E. Health of the Russian population under the conditions of socio-economic modernization. *Narodonaseleniye=Population*, 2015, no. 4, pp. 33–42 (in Russian).
18. Shabunova A.A., Morev M.V., Kondakova N.A. *Zdorov'ye detey: itogi pyatnadsatiletnego monitoringa* [Children's Health: Results of Fifteen Years Monitoring]. Vologda: ISERT RAN, 2012. 262 p.
19. Patton G.C. [et al.]. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet. Lancet Publishing Group*, 2016, vol. 387, no. 10036, pp. 2423–2478.
20. Cardella E., Depew B. The effect of health insurance coverage on the reported health of young adults. *Economics Letters*, 2014, vol. 124, no. 3, pp. 406–410.

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Konstantin N. Kalashnikov – Candidate of Sciences (Economics), Senior Research, Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: konstantino-84@mail.ru

Ivan V. Artamonov – Junior Researcher, Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: iv.artamonov@outlook.com