

DOI 10.46320/2077-7639-2025-8-141-87-106

# Создана ли в Российской Федерации система счетов здравоохранения? Сравнительный анализ статистической формы № 62 и стандарта SHA 2011. Часть 1\*

**Рагозин А.В., Хачатрян А.А., Калиновская Е.В.**

Счета здравоохранения представляют собой рекомендуемый Всемирной организацией здравоохранения инструмент управления расходами на здравоохранение, являющийся важным элементом системы национальных счетов и международных сопоставлений. Они позволяют отслеживать структуру и динамику финансовых потоков, обеспечивают сопоставимость данных на международном уровне и создают базу для анализа эффективности распределения ресурсов. Начиная с конца 90-х годов в Российской Федерации ведется работа по разработке и внедрению счетов здравоохранения. Результатом этой работы стала разработка статистической формы № 62, которая многими российскими авторами рассматривается как адаптированный к национальным условиям вариант счетов здравоохранения. Объектом исследования является статистическая форма № 62, а целью – сопоставление её содержания с актуальным международным стандартом SHA 2011.

В рамках исследования проведен сравнительный анализ статистической формы № 62 и стандарта SHA 2011. Полученные результаты показали, что набор показателей, классификация и принципы учета данных формы № 62 лишь частично соответствуют международному стандарту и во многих аспектах существенно от него отличаются. Это ограничивает возможности России по проведению сопоставимых международных исследований и объективной оценке результативности национальной системы финансирования здравоохранения. Повышение эффективности использования ресурсов требует мер по имплементации счетов здравоохранения в соответствии с современными международными требованиями.

## для цитирования

Рагозин А.В., Хачатрян А.А., Калиновская Е.В. Создана ли в Российской Федерации система счетов здравоохранения? Сравнительный анализ статистической формы № 62 и стандарта SHA 2011. Часть 1 // Дискуссия. – 2025. – № 8(141). – С. 87–106.

## ГОСТ 7.1-2003

## ключевые слова

финансирование здравоохранения, Российская Федерация, счета здравоохранения, статистическая форма № 62, SHA 2011, международные стандарты, учет расходов, эффективность финансирования.

\* Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового Университета при Правительстве Российской Федерации.

DOI 10.46320/2077-7639-2025-8-141-87-106

# Has the Russian Federation established a system of health accounts? Comparative analysis of statistical form № 62 and the SHA 2011 standard. Part 1

Ragozin A.V., Khachatryan A.A., Kalinovskaya E.V.

Health accounts are a tool recommended by the World Health Organization for managing health costs, which is an important element of the system of national accounts and international comparisons. They allow you to track the structure and dynamics of financial flows, ensure comparability of data at the international level and create a basis for analyzing the effectiveness of resource allocation. Since the late 90s, work has been underway in the Russian Federation to develop and implement health accounts. The result of this work was the development of statistical form № 62, which is considered by many Russian authors as a variant of health accounts adapted to national conditions. The object of the study is statistical form № 62, and the purpose is to compare its content with the current international standard SHA 2011.

As part of the study, a comparative analysis of statistical form № 62 and the SHA 2011 standard was carried out. The results showed that the set of indicators, classification and accounting principles of Form № 62 only partially comply with the international standard and differ significantly from it in many aspects. This limits Russia's ability to conduct comparable international studies and objectively assess the effectiveness of the national healthcare financing system. Improving the efficiency of resource use requires measures to implement health accounts in accordance with modern international requirements.

FOR CITATION

Ragozin A.V., Khachatryan A.A., Kalinovskaya E.V. Has the Russian Federation established a system of health accounts? Comparative analysis of statistical form № 62 and the SHA 2011 standard. Part 1. *Diskussiya [Discussion]*, 8(141), 87-106.

APA

KEYWORDS

*Healthcare financing, Russian Federation, healthcare accounts, statistical form № 62, SHA 2011, international standards, cost accounting, financing efficiency.*

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена Национальным проектом «Продолжительная и активная жизнь». Выполнение его цели – увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, в том числе опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни – требует

энергичных мер по росту эффективности системы здравоохранения Российской Федерации, которая за последние несколько десятилетий демонстрирует невысокие показатели в авторитетных международных рейтингах, отражающих соотношение затрат на здравоохранение с совокупностью показателей их эффективности – с ожидаемой продолжительностью жизни, с качеством медицинской

инфраструктуры, с доступностью и результативностью медицинских услуг. В рейтингах ВОЗ (2000) и Bloomberg (2014/2016) Россия занимает одни из последних мест в мире и последнее место среди крупных экономик, несмотря на относительно небольшой процент ВВП на здравоохранение и низкий уровень расходов на душу населения. Bloomberg Health-Care Efficiency Index с 2012 года неоднократно фиксирует Россию на последнем месте рейтинга эффективности (обычно 51 – 55 стран) – таблица 1.

Стартовая точка роста эффективности любой экономической системы – организация учета и контроля её ресурсов, общепринятые подходы к которым сегодня опираются на концепцию т.н. счетов здравоохранения [1], создание которых началось в странах ОЭСР в 60-70 годах прошлого века [2,3], а в Российской Федерации – в 1997 году.

Принятая в 2011 году Всемирной организацией здравоохранения, Европейским союзом и Организацией экономического сотрудничества и развития т.н. исправленная редакция «A system of health accounts 2011: revised edition» (далее по тексту SHA 2011) определила счета здравоохранения как «систематическое описание финансовых потоков, связанных с потреблением товаров и услуг здравоохранения с точки зрения расходов, как для международных, так и для национальных целей» [3]. В свою очередь, ВОЗ определила SHA 2011 как «международную учетную структуру для систематического отслеживания расходов на здравоохранение. Временные тенденции общих расходов на здравоохранение и их компонентов определяют будущую политику и инвестиции, чтобы сделать системы здравоохранения более отзывчивыми к потребностям людей. Они необходимы для повышения эффективности систем здравоохранения, а также для повышения прозрачности и подотчет-

ности. Данные о расходах на здравоохранение также дают представление для оценки адекватности ресурсов здравоохранения, оценки эффективности, результативности и справедливости распределения ресурсов, сравнения с коллегами и мониторинга прогресса в достижении ключевых целей всеобщего охвата услугами здравоохранения и безопасности здоровья. Соответственно, спрос на своевременные, точные и всеобъемлющие данные о расходах на здравоохранение растет как на страновом, так и на глобальном уровне. SHA 2011 устанавливает интегрированную и всеобъемлющую методологию для отслеживания расходов на здравоохранение с помощью набора унифицированных счетов, сопоставимых между странами. Структура, которая фокусируется на конечном потреблении, отслеживает потоки ресурсов через систему здравоохранения: от ее источников (источники финансирования, финансовые соглашения), моделей предоставления (поставщики и факторы предоставления) и до ее использования – функции здравоохранения, программы» [4].

Важность счетов здравоохранения (далее по тексту СЗ) обусловлена комплексом функций, которые они выполняют сегодня в странах ОЭСР. Во-первых, СЗ интегрированы с Системой национальных счетов (СНС), обеспечивая их важной для управления экономикой отраслевой информацией о расходах, потреблении и производстве в здравоохранении как одной из крупнейших отраслей экономики и социальной сферы. Во-вторых, развитие СЗ в странах ОЭСР трансформировало их системы сбора и контроля финансовой статистики в ключевой инструмент управления ресурсами здравоохранения. Внедрение СЗ стало мощным стимулом цифровой консолидации фрагментированных многоукладных западных систем общественного здравоохранения – потребовав интеграции ранее разрозненных медико-информационных,

Таблица 1

Место Российской Федерации в международных рейтингах эффективности национальных систем здравоохранения (2020 – 2021)

Год	Рейтинг/Индекс	Всего стран	Место в рейтинге Российской Федерации
2000	WHO Health System Performance Index	191	130
2014	Bloomberg Health-Care Efficiency Index	51	51
2016	Bloomberg Health-Care Efficiency Index	55	55
2024	CEOWORLD magazine Health Care Index	110	42

**Источник:** составлен авторами по данным: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: The World health report 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization 2000. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.bloomberg.com/graphics/infographics/most-efficient-health-care-around-the-world.html> @ @ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [@ @ \[Электронный ресурс\]. – Режим доступа: <https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries-with-the-best-health-care-systems-2024/>](https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient)

бухгалтерских, кадровых, закупочных и других информационных систем медицинских организаций в единую цифровую платформу. В-третьих, стандартизация СЗ – сначала принятый в 2000 году стандартом SHA 1.0 [5], а затем стандартом SHA 2011 [6] обеспечила странам ОЭСР возможность корректных международных сравнений национальных систем здравоохранения как важный инструмент объективной оценки эффективности и использования опыта других государств.

Работы по созданию российской системы счетов здравоохранения начались в 1997 году в рамках реализации проекта «Медицинское оборудование», финансируемого за счёт средств займа Всемирного банка (Постановление Правительства Российской Федерации от 31 октября 1996 г. № 1295). В рамках этого процесса возникло много системных проблем и вопросов. Увы, создателям российских счетов здравоохранения пришлось работать, не имея под рукой руководств и методических рекомендаций по разработке и внедрению национальных счетов здравоохранения. Первое такое руководство было разработано лишь в 2003 году [7]. Более полноценный набор рекомендаций вышел уже после разработки в 2011 году стандарта SHA 2011, исходя из накопленного опыта, анализа ошибок и проблем при имплементации НСЗ [8]. – 81 р.). Эти руководства показали важность ряда организационных решений, необходимых для успешной имплементации НСЗ – например, ключевое значение подготовительного этапа: разъяснение политическим лидерам важности и пользы НСЗ, формирование управленческой структуры, получение мандата правительства на реализацию проекта и организацию межведомственного взаимодействия, аудит национальной системы здравоохранения и всех схем её финансирования. Исходя из доступной информации, многие из этих мер в России реализованы не были.

Если исходить из официальных документов Минздрава Российской Федерации и ФФОМС, то российским аналогом национальных счетов здравоохранения следует считать впервые разработанную в 2003 году Форму № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (далее по тексту Форма №62). Об этом свидетельствует ряд документов – в том числе решение Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании модели счетов здравоохранения России» от 25.02.2003 (Протокол № 4). Заслушав доклады и выступления по формированию модели счетов здравоохранения в ходе реализации ком-

понента «Национальные счета здравоохранения» в рамках проекта Всемирного банка «Медицинское оборудование» Коллегия Минздрава России сочла необходимым сформировать модель счетов здравоохранения России в форме матричных таблиц государственного статистического финансового наблюдения. Исходя из этого, Коллегия приняла решение пересмотреть действующие формы статистического финансового наблюдения в системах здравоохранения и обязательного медицинского страхования для адаптации статистической информации к отраслевым счетам, разработать глоссарий терминов и понятий счетов, разработать методику проведения выборочных социологических исследований, изучающих расходы населения на здравоохранение (включая расходы на лекарства, товары медицинского назначения, платежи за медицинские услуги, добровольное медицинское страхование), подготовить предложения по формированию модели счетов здравоохранения, соответствующей требованиям национальных счетов Госкомстата России и международным требованиям. Во исполнение этого решения Коллегии были изданы приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 542 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.11.2003 №58, которыми была впервые утверждена отраслевая отчетная форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

В свою очередь, ряд авторов (в том числе участвовавшие в разработке Формы № 62) в своих публикациях указывают, что эта форма – де-факто адаптированная к специфике России система счетов здравоохранения, а используемая этой формой система данных – источники финансирования здравоохранения, распорядители финансовых средств, поставщики услуг и функции здравоохранения и др. – в целом соответствует международным подходам к формированию счетов здравоохранения [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23]. Однако в отношении этого постулата есть обоснованные сомнения. Например, Форма № 62 использует учет затрат кассовым методом – в то время как принятый ещё в 2000 году стандарт счетов здравоохранения SHA 1.0 (п. 5.35) постулировал: «*Кассовый учет, который до сих пор применяется в некоторых странах в счетах здравоохранения, учитывает только денежные платежи и регистрирует их в момент совершения. В настоящее время широко признано, что учет*

на кассовой основе может привести к искажению картины, когда, например, бюджетные переговоры и меры по реформированию здравоохранения оказывают значительный побочный эффект от одного финансового года к другому. Учет денежных средств во многих случаях несовместим с учетом неденежных потоков и с общей экономической статистикой. 5.36. В связи с этим SHA рекомендует учитывать все денежные потоки по методу начисления в соответствии со следующим определением СНС 93: «Учет по методу начисления отражает потоки в момент создания, передачи, обмена, перемещения или погашения экономической стоимости. Это означает, что потоки, связанные со сменой собственника, учитываются в момент перехода права собственности, услуги – в момент их оказания, выпуск – в момент создания продукции, а промежуточное потребление – в момент использования материалов и принадлежностей» (СНС 93, 3.94). Представляется, что замена при разработке Формы № 62 от критически важного в условиях рыночной экономики метода начисления кассовым методом – одна из причин плохо управляемой кредиторской задолженности медицинских организаций, которую приходится решать буквально в ручном режиме.

Важно отметить, что разработка в 2011 году нового международного стандарта счетов здравоохранения SHA 2011 (который существенно изменил и дополнил принятый в 2000 году исходный стандарт SHA 1.0) осталось практически не замеченным в Российской Федерации: исходя из доступных источников, вопрос о переходе на этот стандарт официально (публично) не обсуждался и не ставился.

Таким образом, требует уточнения вопрос: создана ли в Российской Федерации полноценная система счетов здравоохранения, которая соответствует международным стандартам? Соответственно – насколько корректны международные сравнения финансовой статистики российского здравоохранения с данными других стран? Для ответа на этот вопрос было проведено настоящее исследование, построенное на сравнительном анализе статистической формы № 62 и актуального международного стандарта SHA 2011.

## МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

В рамках исследования данные статистического Формы № 62 были сопоставлены с действующим международным стандартом SHA 2011:

- Классификация схем финансирования здравоохранения, включая классификацию их доходов и финансирующих агентов;
- Классификация функций здравоохранения и поставщиков услуг здравоохранения;
- Факторы предоставления услуг здравоохранения и счета капитала.

С учетом объема материала, статья разделена на 3 части, в 1 части приводятся данные по классификации схем здравоохранения, во 2 части – классификация функций здравоохранения и поставщиков услуг, 3 часть посвящена факторам предоставления услуг здравоохранения и счетам капитала.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопоставление данных международного стандарта SHA 2011 с формой федерального статистического наблюдения № 62 в части классификации схем финансирования.

Таблица 2

### Классификация схем финансирования здравоохранения международного стандарта SHA 2011 (Classification of Revenues of Health Care Financing Schemes, ICHA-FS)

Код	Схема финансирования	Режим участия	Право на услуги	Основной источник доходов	Пуллинг
HF.1	Государственные и обязательные схемы финансирования здравоохранения				
HF.1.1	Государственные схемы HF.1.1.1 Схемы центрального правительства HF.1.1.2 Схемы региональных/местных правительств HF.1.2 Схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов	Автоматический – для всех граждан/ резидентов или особых групп населения (например, бедных), определяемых законом/ постановлением правительства	Не зависит от взносов – обычно всеобщий охват или доступ для особой группы населения или больных болезнями, определяемыми законом (например, ТБ, ВИЧ, рак)	Доходы бюджета (главным образом, налоги)	На национальном, субнациональном или программном уровне

## Продолжение табл. 2

Код	Схема финансирования	Режим участия	Право на услуги	Основной источник доходов	Пуллинг
HF.1.2.1	Схемы социального медицинского страхования	Обязательный – для всех граждан/ резидентов или особых групп населения, определяемых законом/ постановлением правительства. В некоторых случаях, однако, от участников требуется регистрация	На основе взносов – зависит от уплаты взносов непосредственно застрахованным или от его имени	Обязательный – страховой медицинский взнос, не связанный с риском. Страховые взносы могут уплачиваться государством (из бюджета) за отдельные группы населения, не выплачивающего взносы, и государство также может предоставлять общие субсидии этой схеме	На национальном, субнациональном или уровне схемы; при многочисленных фондах степень аккумулирования зависит от механизмов выравнивания риска между схемами
HF.1.2.2	Схемы обязательного частного страхования	Покупка полиса обязательна для всех граждан/ резидентов или особых групп населения, определяемых законом/ постановлением правительства	На основе взносов – зависит от приобретения страхового полиса у конкретной страховой компании (или другого страховщика)	Обязательные взносы на медицинское страхование. Могут также использоваться налоговые кредиты	На национальном, субнациональном или уровне схемы; при многочисленных фондах степень аккумулирования зависит от механизмов выравнивания риска между схемами. Также зависит от степени регулирования взносов и стандартизации пакетов услуг между схемами
HF.1.3	Обязательные медицинские сберегательные счета	Обязательный – для всех граждан/ резидентов или особых групп населения, определяемых законом/ постановлением правительства	На основе взносов, люди могут использовать лишь имеющиеся на счете средства независимо от того, достаточно ли их для покрытия требуемых услуг или нет	Обязательный – определяемый законом (например, отчисление определенного процента от дохода)	Межличностное аккумулирование отсутствует (за исключением членов семьи)
HF.2	Схемы добровольной оплаты за услуги здравоохранения				
HF.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования HF.2.1.1 Схемы первичного/заместительного медицинского страхования HF.2.1.1.1 ДМС работодателя HF.2.1.1.2 Добровольное страхование с участием государства	Добровольный	На основе взносов – зависит от приобретения полиса добровольного медицинского страхования (обычно на основе контракта)	Обычно не связанный с доходом взнос (часто прямо или косвенно связанный с риском). Может напрямую или косвенно (например, через налоговые кредиты и льготы) суб-	На уровне схемы

*Продолжение табл. 2*

Код	Схема финансирования	Режим участия	Право на услуги	Основной источник доходов	Пуллинг
	HF.2.1.1.3 Прочие схемы первичного охвата			сидироваться государством	
HF.2.1.2	Схемы дополнительного /добавочного страхования:  HF.2.1.2.1 Страхование на уровне общин  HF.2.1.2.2 Прочее дополнительное/добавочное страхование				
HF.2.2	Схемы финансирования НКООДХ ( <i>Некоммерческих организаций, обслуживающих домашние хозяйства</i> )  HF.2.2.1 Схемы финансирования НКООДХ (за исключением HF.2.2.2)  HF.2.2.2 Схемы резидентных зарубежных агентств	Добровольный	Не зависит от взносов, по усмотрению	Пожертвования общественности, государственных организаций (бюджетные средства или внешняя помощь) или корпораций	Варьирует между программами, но обычно на уровне программы
HF.2.3	Схемы финансирования предприятий (кроме страхования)  HF.2.3.1 Схемы финансирования предприятий с разделением затрат  HF.2.3.2 Схемы финансирования поставщиков медицинских услуг	Добровольный выбор конкретной корпорации с охватом, основанным на факте трудоустройства предприятия (например, медпункт по месту работы)	Не зависит от взносов, по усмотрению в отношении пакета услуг, хотя иногда может регулироваться законом	Добровольный – выбор предприятия для использования его доходов для этой цели	На уровне отдельного предприятия
HF.3	Наличные платежи домохозяйств «Out of pocket» (OOP, «из кармана»)  HF.3.1 OOP за исключением разделения затрат  HF.3.2 OOP с разделением затрат с плательщиками (третьей стороной)  HF.3.2.1 Разделение затрат с государственными схемами и схемами обязательного медицинского страхования на основе взносов (например, со-платежи)  HF.3.2.2 Разделение затрат со схемами добровольного страхования (например, ДМС с оплачиваемой застрахованым франшизой, «метод вычитаемых сумм»)	Добровольный – готовность домашнего хозяйства платить. Схема ООР - непосредственное бремя медицинских расходов, лежащее на домохозяйствах. ООР играют важную роль, в странах с низким доходом эта схема зачастую основная форма финансирования здравоохранения.	На основе платежа – услуги оказываются, если человек платит	Добровольный – располагаемый доход и сбережения домохозяйств	Межличностное аккумулирование отсутствует
HF.4	Схемы финансирования стран остального мира (не резидентские)	Обязательный или добровольный	Критерии, устанавливаемые зарубежными	Гранты и иные добровольные трансферты	Варьирует между программами

## Окончание табл. 2

Код	Схема финансирования	Режим участия	Право на услуги	Основной источник доходов	Пулинг
	HF.4.1 Обязательные схемы (не резидентские) HF.4.1.1 Схемы обязательного медицинского страхования (не резидентские) HF.4.1.2 Прочие обязательные схемы (не резидентские) HF.4.2 Добровольные схемы (не резидентские) HF.4.2.1 Схемы добровольного медицинского страхования (не резидентские) HF.4.2.2 Прочие схемы (не резидентские) HF.4.2.2.1 Схемы благотворительных/международных НКО HF.4.2.2.2 Схемы зарубежных агентств по развитию HF.4.2.2.3 Схемы анклавов (например, международных организаций или посольств)		субъектами	зарубежных субъектов	

**Источник:** составлено авторами по данным: OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Таблица 3

*Сопоставление схем финансирования здравоохранения международного стандарта SHA 2011 и формы федерального статистического наблюдения № 62*

Код SHA 2011	Схема финансирования SHA 2011	Отражение в Форме №16
HF.1	Государственные и обязательные схемы финансирования здравоохранения	Да (программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи)
HF.1.1	Государственные схемы	
HF.1.1.1	Схемы центрального правительства	Да. Выделены расходы федерального бюджета на оказание и финансирование медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, Минобрнауки России, Управлению делами Президента Российской Федерации, иным федеральным органам исполнительной власти и Правительству Российской Федерации
HF.1.1.2	Схемы региональных/местных правительств	Да (территориальная программа государственных гарантий) / выделены расходы бюджетов субъекта Федерации, местных бюджетов
HF.1.2	Схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов	Да (ОМС)
HF.1.2.1	Схемы социального медицинского страхования	Да (ОМС)
HF.1.2.2	Схемы обязательного частного страхования	Нет
HF.1.3	Обязательные медицинские сберегательные счета	Нет

*Окончание табл. 3*

Код SHA 2011	Схема финансирования SHA 2011	Отражение в Форме №16
HF.2	Схемы добровольной оплаты услуг здравоохранения	Нет
HF.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования	Да. Но данные по ДМС ограничены перечнем медицинских организаций, сдающих форму № 62 – это далеко не все медицинские организации
HF.2.1.1	Схемы первичного/ заместительного медицинского страхования	Нет
HF.2.1.1.1	ДМС работодателя	Нет (не отделены от ДМС в целом)
HF.2.1.1.2	Добровольное страхование с участием государства	Нет
HF.2.1.1.3	Прочие схемы первичного охвата	Нет
HF.2.1.2	Схемы дополнительного /добавочного страхования	Нет
HF.2.1.2.1	Страхование на уровне общин	Нет
HF.2.1.2.2	Прочее дополнительное/ добавочное страхование	Нет
HF.2.2	Схемы финансирования НКООДХ ( <i>Некоммерческих организаций, обслуживающих домашние хозяйства</i> )	Нет
HF.2.2.1	Схемы финансирования НКООДХ (за исключением HF.2.2.2)	Нет
HF.2.2.2	Схемы резидентных зарубежных агентств	Нет
HF.2.3	Схемы финансирования предприятий (кроме страхования)	Нет
HF.2.3.1	Схемы финансирования предприятий с разделением затрат	Нет
HF.2.3.2	Схемы финансирования поставщиков медицинских услуг	Нет
HF.3	Наличные платежи домохозяйств «Out of pocket» (OOP, «из кармана»)	Да. Но данные по наличным платежам ограничены перечнем медицинских организаций, сдающих форму № 62 – это далеко не все медицинские организации
HF.3.1	OOP за исключением разделения затрат	Нет
HF.3.2	OOP с разделением затрат с плательщиками (третьей стороной)	Нет
HF.3.2.1	Разделение затрат с государственными схемами и схемами обязательного медицинского страхования на основе взносов (например, соплатежи)	Нет
HF.3.2.2	Разделение затрат со схемами добровольного страхования (например, ДМС с оплачиваемой, застрахованым франшизой, «метод вычитаемых сумм»)	Нет
HF.4	Схемы финансирования стран остального мира (не резидентские)	Нет
HF.4.1	Обязательные схемы (не резидентские)	Нет
HF.4.1.1	Схемы обязательного медицинского страхования (не резидентские)	Нет
HF.4.1.2	Прочие обязательные схемы (не резидентские)	Нет
HF.4.2	Добровольные схемы (не резидентские)	Да (финансирование медицинской помощи за счет личных средств, ДМС и прочих источников финансирования иностранными гражданами)
HF.4.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования (не резидентские)	Да (финансирование медицинской помощи за счет ДМС иностранных граждан)
HF.4.2.2	Прочие схемы (не резидентские)	Да (финансирование медицинской помощи за счет прочих источников иностранными гражданами)
HF.4.2.2.1	Схемы благотворительных/международных НКО	Нет
HF.4.2.2.2	Схемы зарубежных агентств по развитию	Нет
HF.4.2.2.3	Схемы анклавов (например, международных организаций или посольств)	Нет

**Источники:** составлено авторами по данным: OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453.

Сопоставление данных международного стандарта SHA 2011 с формой федерального статистического наблюдения № 62 в части классификации доходов схем финансирования.

**Таблица 4**  
**Классификация доходов здравоохранения международного стандарта SHA 2011**  
*Classification of revenues of healthcare financing schemes*

Код SHA 2011	Источник доходов SHA 2011	Определение SHA 2011	Отражение в Форме №62
FS.1	Государственные ассигнования на цели здравоохранения	Код объединяет средствами, выделяемыми из внутренних поступлений государственной бюджетной системы на цели здравоохранения. Страны с децентрализованным государственным управлением (и децентрализованным сбором государственных доходов) могут захотеть предложить роль центрального и местного правительства в обеспечении поступлений от программ финансирования здравоохранения. Эти страны могут в национальных целях создать подкатегории в соответствии с FS.1.1-FS.1.4.	
FS.1.1	Внутренние трансферты и гранты	Этот код относится к трансфертам в рамках центрального правительства и – в странах с децентрализованной налоговой системой (где региональные/местные органы власти также собирают налоги) – к трансфертам в рамках региональных/местных органов власти, а также к грантам от центрального правительства местным органам власти. Внутренние трансферты являются ключевыми компонентами бюджета государственных программ финансирования здравоохранения (HF.1.1) – см. ниже. Код включает в себя доходы, выделяемые на государственные программы, которые могут быть внутренними трансфертами в рамках одного уровня управления или трансфертами между центральными и местными органами власти. Включает в себя: бюджет национальных служб здравоохранения; средства, выделяемые на программы центрального правительства в области здравоохранения в странах с системой социального страхования; и т.д. Код также включает в себя гранты, полученные от другого государственного органа, гранты центрального правительства для финансирования местных органов власти; доходы, выделяемые конкретным государственным служащим. Из кода исключены: взносы на социальное страхование, выплачиваемые государством в качестве работодателя и на страхование определенных конкретных групп населения – см. ниже.	Объединены в группу «Бюджеты всех уровней»
FS1.2	Трансферты от Правительства для конкретных групп	Этот пункт относится в основном к выплатам по линии социального медицинского страхования. В ряде стран правительство платит страховые взносы за определенные группы населения (например, детей, пожилых людей, определенных групп безработных и т.д.), чтобы гарантировать этим группам страховое покрытие.	
FS.1.3	Субсидии	Этот код относится к средствам, выделяемым из государственных внутренних поступлений на финансирование программ, осуществляемых институциональными подразделениями, отличными от государственных подразделений или некоммерческих организаций. Включает: субсидии (в том числе налоговые) для программ обязательного или добровольного медицинского страхования, налоговые льготы, предоставляемые домохозяйствам, приобретающим полисы ДМС.	
FS.1.4	Прочие трансферты из государственных внутренних доходов	Эта статья включает государственные трансферты в схемы финансирования НКО. Эти переводы, как правило, предназначены для покрытия расходов на деятельность некоммерческих организаций или для предоставления средств, из которых некоммерческие организации могут осуществлять текущие переводы домашним хозяйствам (например,	

*Продолжение табл. 4*

Код SHA 2011	Источник доходов SHA 2011	Определение SHA 2011	Отражение в Форме №62
		на лечение больных детей за границей). В эту категорию также входят переводы в натуральной форме.	
FS.2	Переводы, распределяемые правительством из-за рубежа	Код включает переводы из-за рубежа (двустороннее, многостороннее или другие виды иностранного финансирования) которые распределяются через органы государственного управления для целей здравоохранения. Эти поступления обычно представляют собой гранты от международных агентств или правительства иностранных государств, пожертвованные правительству, или добровольные переводы (пожертвования) иностранных НПО или частных лиц правительству. Правительства могут использовать эти пожертвования для финансирования государственных или некоммерческих программ финансирования здравоохранения.	Нет
FS.3	Взносы на социальное (обязательное) медицинское страхование	Взносы на социальное медицинское страхование - поступления либо от работодателей за своих работников, либо от работников, ИП, самозанятых или неработающих лиц от их собственного имени, которые обеспечивают право на получение пособий по социальному медицинскому страхованию. Подкатегории взносов на социальное страхование классифицируются по типу институциональных единиц, которые уплачивают взносы на социальное страхование от имени застрахованного лица. В эту категорию не входят взносы на социальное страхование, выплачиваемые правительством для страхования конкретных групп (FS1.2).	
FS.3.1	Взносы работников на социальное страхование	Код включает в себя взносы, которые либо выплачиваются непосредственно работниками, либо вычитаются из заработной платы работников и перечисляются работодателем от их имени.	
FS.3.2	Взносы работодателей на социальное страхование	Этот код включает взносы на социальное медицинское страхование, полученные от работодателей. Взносы работодателей выплачиваются непосредственно работодателями. Это включает страховые взносы правительства как работодателя, если государственные службы участвуют в общей системе социального медицинского страхования (если нет специальной системы для государственных служащих). Для национальных целей страны могут создать подкатегории, выделив различные институциональные типы работодателей, такие как государственные учреждения, государственные и частные корпорации и некоммерческие организации. В этом случае следует создать аналогичные подкатегории. В макроэкономическом смысле социальное страхование как работников, так и работодателей взносы являются частью оплаты труда работников (элементами затрат на оплату труда). Однако для анализа политики в области здравоохранения полезно проводить различие между ними.	Объединены в группу «Фонд ОМС»
FS.3.3	Взносы на социальное страхование самозанятых	Взносы на социальное медицинское страхование, полученные от самозанятых лиц.	
FS.3.4	Прочие взносы на социальное страхование	Данный код включает доходы по программам социального медицинского страхования (HF.2), не классифицированным в соответствии с FS.1.2 и FS.3.1-3.3. Сюда входят, например, взносы на медицинское страхование, уплачиваемые фондами пенсионного страхования от имени пенсионеров.	
FS.4	Обязательная предоплата (кроме пункта FS.3)	Сюда входят взносы на обязательное (вмененное) частное страхование. Страховые взносы на обязательное частное страхование - это платежи, получаемые от страхователя или других институциональных единиц от имени страхователя, которые были утверждены правительством и обеспечивают	Нет

## Окончание табл. 4

Код SHA 2011	Источник доходов SHA 2011	Определение SHA 2011	Отражение в Форме №62
		право на получение льгот по программам обязательного медицинского страхования. В рамках обязательного частного медицинского страхования все жители (или определенные группы жителей) обязаны приобрести полис медицинского страхования. Подкатегории таких обязательных предварительных платежей (кроме FS.3) могут классифицироваться по типу институциональных единиц, выплачивающих доходы (физические лица/домохозяйства, работодатели и пр.)	
FS.5	Добровольная предоплата	Сюда входят взносы по добровольному частному страхованию (ДМС), которые обеспечивают право на получение льгот по программам добровольного медицинского страхования. Подкатегории добровольных предоплат классифицируются по типу институциональных единиц, выплачивающих доходы (от физических лиц/домохозяйств, от работодателей, прочие - например, полученные от институциональных единиц, отличных от домохозяйств и работодателей).	
FS.6	Прочие внутренние добровольные поступления	Этот код включает внутренние добровольные поступления, не включенные в FS.5. Подкатегории определяются в соответствии с институциональными единицами, которые предоставляют ресурсы (домохозяйства, корпорации, НКО и др.).	
FS.6.1	Прочие добровольные поступления домохозяйств, не включенные в другие группировки	Код включает наличные «out of pocket» платежи домохозяйств, а также любые добровольные переводы домохозяйств в программы финансирования здравоохранения, отличные от тех, которые классифицируются в соответствии с FS.5, например, пожертвования на программы здравоохранения некоммерческих организаций.	Объединены в группу «Внебюджетные источники финансирования»
FS.6.2	Прочие добровольные поступления от корпораций, не включенные в другие группировки	Код включает ресурсы корпораций, выделяемые на цели здравоохранения, за исключением тех, которые включены в FS.3-FS.5. Эта категория является основным источником финансирования схем финансирования т.н. корпоративной медицины – где предприятия предоставляют или напрямую финансируют медицинские услуги для своих сотрудников (например, услуги по охране труда) без участия системы страхования. В СНС используется термин “условные социальные взносы” для обозначения социальных пособий, которые являются предоставляемые непосредственно работодателями без создания специального фонда. Эти доходы учитываются в рамках данной категории SHA 2011. Сюда также входят добровольные пожертвования от корпораций на здравоохранение.	
FS.7	Прямые иностранные трансферты	Прямые иностранные финансовые поступления, предназначенные для здравоохранения: гранты международных агентств или правительств иностранных государств, добровольные переводы (пожертвования) иностранных НПО или частных лиц и др. Если пожертвования или другие виды помощи из иностранного источника поступают через правительство или правительственные учреждения, эти потоки учитываются в соответствии с FS.2, а не в соответствии с FS.7.	Нет

**Источники:** составлено авторами по данным: OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453.

Сопоставление данных международного стандарта SHA 2011 с формой федерального статистического наблюдения № 62 в части классификации финансирующих агентов.

Таблица 5

*Классификация финансирующих агентов международного стандарта SHA 2011  
Classification of financing agents (ICHA-FA) и её сопоставление с формой федерального статистического наблюдения № 62*

Код SHA 2011	Источник доходов SHA 2011	Определение SHA 2011	Отражение в Форме №62
FA.1	Национальное правительство	Код объединяет все институциональные единицы центральных, государственных, региональных или местных органов власти, а также внебюджетные фонды социального страхования. Также включены нерыночные некоммерческие организации, которые контролируются и, в основном, финансируются государственными единицами. Код FA.1 не включает государственные корпорации, даже если весь объем уставного фонда таких корпораций принадлежит государственным единицам. Сюда также не включены квази-корпорации, которыми владеют и управляет государственные единицы.	Нет
FA.1.1	Центральное правительство	Код включает все институциональные единицы, составляющие центральное правительство. Данные субъекты не обязательно включают только министерство здравоохранения, но также любой субъект центрального правительства, участвующий в финансировании сектора здравоохранения. Сюда включены центральные национальные ведомства, агентства и фонды, которые строго контролируются центральным правительством.	Агента нет, но есть данные расходов по источнику (федеральный бюджет) в той части, которую потратили сами медицинские организации
FA.1.1.1	Министерство здравоохранения		Нет
FA.1.1.2	Другие министерства, ведомства, государственные агентства и государственные единицы (подотчётные центральному правительству)		Нет
FA.1.1.3	Национальное агентство медицинского обслуживания (если оно есть)	В ряде стран есть Национальное агентство медицинского обслуживания (НАМО) – централизованный государственный орган, который управляет Национальным медицинским обслуживанием (входит в HF1.1.1), как правило, под руководством Министерства здравоохранения, несет ответственность за предоставление медицинских услуг, а также может закупать услуги у частных поставщиков. НАМО имеет самостоятельный правовой статус, отдельный бюджет и определенный уровень автономии и свободы действий в распределении своих расходов. Так как оно контролируется центральным правительством, оно считается частью подсектора центрального правительства.	Нет
FA.1.1.4	Национальное агентство медицинского страхования	Национальное агентство медицинского страхования – это централизованный государственный орган (фонд) для управления схемами социального медицинского страхования (HF1.2.1). Оно имеет самостоятельный правовой статус, отдельный бюджет и определенный уровень автономии и свободы действий при распределении своих расходов. Поскольку оно контролируется центральным правительством, оно считается частью подсектора центрального правительства.	Нет
FA.1.2	Региональные/местные органы власти	Данная статья включает все институциональные единицы, входящие в структуру региональных и местных органов власти. В небольших странах отдельные государственные/	Агента нет, но есть данные расходов

*Продолжение табл. 5*

Код SHA 2011	Источник доходов SHA 2011	Определение SHA 2011	Отражение в Форме №62
		областные органы власти могут отсутствовать. Региональные/местные органы власти могут участвовать в различных схемах финансирования: Региональные/местные органы власти могут нести основную ответственность за обеспечение доступа к медицинским услугам и, тем самым, создать свою схему финансирования для этой цели. В данном случае региональные/местные органы власти выступают в качестве финансирующих агентов для региональных, местных государственных схем HF.1.1.2. Региональные/местные органы власти могут также управлять центральными государственными схемами (HF.1.1.1).	по источнику (региональный/местный бюджет) в той части, которую потратили сами медицинские организации
FA.1.3	Агентства социального обеспечения (страховщики, больничные кассы).	Социальные страховые фонды – это экономические единицы с конкретным правовым статусом, целью которых является управление социальными медицинскими страховыми схемами (HF.1.2.1). Они имеют некоммерческий статус. Они имеют значительную автономию в своей деятельности, н-р, участвуют в финансовых операциях, и владеют своими собственными активами и пассивами. Они классифицируются как часть сектора национального правительства, так как их деятельность контролируется правительством. Социальные страховые фонды могут управлять одним или более видами социального страхования (пенсия, здравоохранение, несчастный случай, долговременный уход, и т.д.). В некоторых странах коммерческие страховые компании могут также быть допущены к участию в управлении схемой социального страхования. Таким образом, фонды страхования на случай болезни и частные страховые компании могут управлять схемой социального медицинского страхования.	Агента нет, но есть данные расходов по источнику (Социальный Фонд России) в той части, которую потратили сами медицинские организации
FA.1.3.1	Агентства (фонды) социального медицинского страхования	Агентства социального медицинского страхования - юридические субъекты с обязательством, определенным законом, обеспечивают доступ к определенному пакету медицинских услуг. Фонды социального медицинского страхования имеют некоммерческий статус и основаны на принципе самоуправления через представителей застрахованных и работодателей. Традиционно, фонды социального медицинского страхования напрямую собирают отчисления у своих членов и имеют право определять, какая ставка отчислений необходима для покрытия расходов.	Нет
FA.1.3.2	Другие агентства социального обеспечения	Другие агентства социального обеспечения могут также участвовать в управлении фондами социального медицинского страхования или добровольных страховых схем. Например, в Германии фонды несчастных случаев покрывают услуги лечебной и реабилитационной помощи в случае болезней и несчастных случаев, связанных с профессиональной деятельностью; пенсионные фонды отвечают за некоторые реабилитационные меры и вмешательства; и фонды долгосрочного ухода управляют страхованием долгосрочного ухода.	Нет
FA.1.9	Все другие единицы национального правительства	Код включает нерыночные некоммерческие организации, которые контролируются и, большей частью, финансируются государственными единицами.	Нет
FA.2	Страховые корпорации	Страховые корпорации могут выступать в качестве финансирующего агента в отношении различных видов страхования. Традиционно, страховые корпорации предлагают добровольное медицинское страхование (HF.2.1). Тем не менее, в результате недавних реформ страховые корпорации в некоторых странах могут участвовать в управлении обязательным медицинским страхованием (HF.1.2.1 или HF.1.2.2). В этих странах страховая корпорация может действовать	Нет

*Окончание табл. 5*

Код SHA 2011	Источник доходов SHA 2011	Определение SHA 2011	Отражение в Форме №62
		как финансирующий агент одновременно как для обязательного, так и для добровольного страхования.	
FA.3	Корпорации (кроме страховых корпораций)	Данный сектор включает все корпорации или квази-корпорации, основной вид деятельности которых это производство рыночных товаров и услуг. Сюда включены все государственные и некоммерческие организации-резиденты, являющиеся рыночными производителями товаров и нефинансовых услуг. Сюда включены некоммерческие организации, обслуживающие здравоохранение и управляемые корпорации здравоохранения, управляющие страховыми схемами. В некоторых странах существует целый ряд корпораций, свойственных только сектору здравоохранения в дополнение к поставщикам традиционных медицинских услуг, такие как управляемые корпорации здравоохранения. Они могут выступать в качестве финансирующих агентов для нескольких видов схем финансирования. Корпорации (включая управляемые корпорации здравоохранения) могут действовать как финансирующие агенты для: схем финансирования здравоохранения предприятием (HF.2.3), страхование на базе работодателя (HF.2.1.1.1) и других добровольных схем медицинского страхования; государственных схем (HF.1.1) и схем финансирования стран остального мира (HF.4).	Нет
FA.4	Некоммерческие организации, обслуживающие домохозяйства (НКООДХ)	Некоммерческие организации, обслуживающие домохозяйства (НКООДХ) – НКО, которые предоставляют финансовую помощь, товары или услуги домохозяйствам бесплатно или по ценам, которые экономически незначительны. НКООДХ могут действовать как финансирующий агент для различных финансирующих схем, таких как: схем финансирования некоммерческих организаций (HF.2.2); государственных схем (HF.1.1); и схем финансирования ОМ (HF.4). Сюда включены благотворительные организации, агентства по оказанию гуманитарной или донорской помощи, которые были созданы для благотворительных целей, а не для обслуживания интересов членов ассоциации, контролирующей НКООДХ. Такие НКООДХ предоставляют товары и услуги на нерыночной основе нуждающимся домохозяйствам. Ресурсы таких НКООДХ предоставляются, в основном, в виде пожертвований в денежном или натуральном выражении от населения, корпораций, органов управления. Религиозные организации тоже рассматриваются как НКООДХ.	Нет
FA.5	Домохозяйства	Домохозяйство в СНС определяется как группа лиц, проживающих в одном жилом помещении, которые объединяют часть или весь объем своего дохода и имущества, а также которые коллективно потребляют определенные виды товаров и услуг, в основном жилье и питание. В рамках SHA 2011 домохозяйства подразделяются на категории финансирующего агента в случае платежей "из кармана" домохозяйства.	Агента нет, но есть данные расходов по источнику (личные средства граждан) в той части, которую потратили сами медицинские организации
FA.6	Остальной мир	Данная статья включает институциональные единицы, являющиеся резидентом за рубежом, такие как: международные и надгосударственные агентства; иностранные государства; финансовые посредники (страхование, НПО, благотворительные фонды). Институциональные единицы ОМ могут действовать как финансирующие агенты для схем HF.4.	Нет

**Источники:** составлено авторами по данным: OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Основа счетов здравоохранения стандарта SHA 2011 – классификация схем финансирования здравоохранения (ICHA-HF), классификация доходов от схем финансирования (ICHA-FS) и классификация финансовых агентов (ICHA-FA). Эти три классификации стандарта SHA 2011 и построенные на них перекрестные таблицы (матричные отчетами), чтобы показать взаимосвязи между тремя и более элементами запроса в настоящее время рассматриваются как основные инструменты для всестороннего учета финансирования здравоохранения и описания потоков его финансовых ресурсов в системе здравоохранения. Значимость конкретных кодов этих классификаций варьирует в зависимости от конкретной страны – от исторически сложившейся организации её здравоохранения, экономического развития и зависимости от иностранных ресурсов. В рамках стандарта SHA 2011 система финансирования здравоохранения состоит из двух типов организаций: схемы финансирования (например, социальное медицинское страхование, ДМС и т.д.) и институциональных единиц – финансовых агентов, которые на практике управляют схемами финансирования. Схема финансирования определяет, кто обязан участвовать в этой программе, что является основанием для получения права на медицинское обслуживание и какие преимущества, которые предлагает программа, а также правила сбора и объединения (пулинга) ресурсов на финансирование медицинской помощи. Функционирование схемы финансирования предполагает осуществление операций,

связанных с тремя основными функциями: сбор доходов, объединение средств и закупки (оплата медицинских услуг или бюджетирование работы медицинских организаций). Операции осуществляются финансовыми агентами в соответствии с правилами схем финансирования.

В свою очередь, счета здравоохранения выглядят как построенная из осей данных система линейных и перекрестных таблиц, первые используются для хранения данных, а вторые (известные также как сводные таблицы, таблицы сопряженности или матричные отчеты), предназначены для анализа взаимосвязей между двумя или более переменными – группируя данные по их общим значениям и отображая совместное распределение этих переменных. Например, перекрестная таблица счетов здравоохранения HFxFS (Доходы от программ финансирования здравоохранения в разбивке по видам доходов) построена на данных всех трёх осей ICHA-HF, ICHA-FS и ICHA-FA – рисунок 1.

В таблице HFxFS показана структура доходов от схем финансирования здравоохранения по институциональным секторам экономики. Нетрудно отметить, что с целью надлежащего представления доходов в разбивке по видам доходов и обеспечивающим доходы институциональным секторам экономики в учете используется двойная запись в форме Т-счета – слева указывается дебет (доходы, R), а справа – кредит (расходы, E) институциональных единиц, связанных с финансированием здравоохранения, что помогает визуализировать и упростить двойную запись

Health-specific revenues and expenses of institutional sectors of the economy													
Institutional sectors of the economy	General government		Corporations		Households		NPISH		Rest of the world		Total		Public and compulsory private funds
	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	
FS.1.1 Internal transfers and grants	200	-150				-200					200	-350	150
FS.1.2 Contribution payment on behalf of specific groups		-30									-30	30	
FS.1.4 Other transfers from government domestic revenues	-20						10				10	-20	10
FS.3 Social insurance contributions		<		-100		-100					0	-200	200
FS.4 Compulsory prepayment (other than FS.2)											0	0	
FS.5 Voluntary prepayment					-10						0	-10	10
FS.6 Other domestic revenues n.e.c.				-5		-50		-10			0	-65	65
FS.7 Foreign revenues									-50		0	-50	50
Total	200	-200	0	-105	0	-360	10	-10	0	-50	210	-725	
Net contribution	0		-105		-360	0			-50		-515		
Revenues of financing schemes													
HF1.1 Government financing schemes	150								20		170		
HF1.2 Social health insurance	30		100		100						230		
HF1.3 Compulsory private health insurance					10						0		
HF2.1 Voluntary health insurance							10		30		10		
HF2.2 Non-profit institutions schemes	10		5								50		
HF2.3 Enterprises schemes							50				5		
HF3 Household out-of-pocket payments								10		50	50		
Total	190		105		160		10		50		515		

Source: IHAT for SHA 2011.

Рисунок 1. Пример таблицы счетов здравоохранения HFxFS

операций. Это также позволяет показать итоговую нагрузку по финансированию здравоохранения на институциональные единицы (последняя строка Net contribution (Чистый взнос)).

Строки в нижней части таблицы HFxFS представляют различные схемы финансирования. Например, показано, что система социального медицинского получает 30 единиц от правительства, а верхняя часть показывает, что правительством внесены (-30 единиц) в качестве взноса для страхования определенных групп населения. Институциональное подразделение может предоставлять ресурсы: непосредственно в систему финансирования здравоохранения, например, взносы корпораций на социальное медицинское страхование (100 единиц в таблице); и косвенный вклад в доходы системы финансирования здравоохранения – предоставляя ресурсы другому институциональному подразделению, из которого система финансирования здравоохранения получает доходы. Например, в приведенном примере правительство перечисляет 20 единиц средств NPISH (некоммерческим организациям, обслуживающим домохозяйства, НКООДХ), из которых 10 единиц направляются напрямую в схемы финансирования НКООДХ, в то время как 10 единиц направляются в НКООДХ, которые не закупают медицинские услуги, а только собирают ресурсы и передают их в службы закупок для НКООДХ. Итоговый показатель в нижней части таблицы показывает последнюю стадию сбора доходов, т.е. за счет каких институциональных единиц схемы финансирования напрямую получают свои доходы. Например, правительство выделяет 190 единиц различным схемам финансирования вместе взятым. Итоговая сумма в верхней части таблицы показывает основные источники финансирования здравоохранения. В таблице можно увидеть, что правительство перераспределило свои общие внутренние доходы только между различными схемами финансирования здравоохранения и другими институциональными единицами, которые обеспечивают поступления в схемы финансирования здравоохранения. Следовательно, эта таблица подходит для отображения различных уровней внутренних доходов. Кроме того, в зависимости от видов доходов можно выделить внутренние государственные и обязательные частные фонды, а также частные фонды и иностранные доходы, используемые для финансирования здравоохранения (последние две колонки).

Тем самым, например, таблица HFxFS счетов здравоохранения по стандарту SHA 2011 позволяет

ответить на ряд важных вопросов – как распределяются доходы из разных источников между разными схемами и уровнями финансирования, как конкретная финансовая схема получает свои доходы, из каких институциональных единиц экономики мобилизуются доходы. В свою очередь, в последующих публикациях будет показано, что в сочетании с другими осями данных SHA 2011 детализированные схемы финансирования, источники их доходов и финансирующих агентов позволяют ответить на еще более широкий круг важных вопросов: какова роль (доля) основных схем финансирования в секторе здравоохранения страны (таблица HF); какие виды услуг предоставляются (приобретаются) в рамках различных схем финансирования, как распределяются ресурсы различных схем финансирования между различными службами (таблица HCxHF); как финансируются отдельные медицинские услуги или товары – например, какая доля расходов на стационарное лечение покрывается за счет обязательного медицинского страхования, ДМС и оплаты наличными «из кармана» (Таблица HCxHF); как распределяются ресурсы в рамках различных схем финансирования между различными группами бенефициаров, например, между различными группами заболеваний (таблица Beneficiaries x HF); у каких поставщиков приобретаются услуги в рамках конкретных схем финансирования (Таблица HRxHF); как осуществляется финансирование здравоохранения в стране? Какие институциональные механизмы управляют средствами в рамках схем финансирования? Какие изменения произошли в институциональном организации финансирования здравоохранения за определенный период (таблица HFxFA).

К сожалению, на эти вопросы не может ответить Форма № 62. В части классификации схем финансирования эта форма не отражает весьма важные для России схемы финансирования предприятий (кроме страхования), а популярное в нашей стране ДМС за счет работодателя объединяет с ДМС частных лиц. Из 38 схем финансирования международного стандарта SHA 2011 форма № 62 отражает только 8. В части источников доходов Форма № 62 консолидирует в единые пулы, детализированные в стандарте SHA 2011 источники. Так, в группу «Бюджеты всех уровней» объединены все государственные источники финансирования, а в группу «Внебюджетные источники финансирования» де-факто объединены все негосударственные источники – что в условиях многоуровневого и многоканального финансирования медицин-

ских гарантий существенно ограничивает эффективность учета и ценность собираемой в рамках этой формы информации. Далее, Форма № 62 лишена классификации данных по финансирующим агентам.

В отличие от стандарта SHA 2011, целеполагание и практические задачи использования формы 62, несмотря на обширность собираемых сведений, не заявлены в регламентирующих и нормативных документах. Сопоставление данных о кассовых расходах операторов медицинских услуг с объемом их финансирования позволило бы получить приблизительные сведения о финансовом обеспечении оказанной в периоде медицинской помощи. Однако, кассовый принцип без учета остатков натуральных (стоимостной оценки) ресурсов и обязательств производителей медицинских услуг решительно не позволяет сделать полностью адекватные выводы. Кроме того, базой для финансовых сведений отчетной формы 62 выступают данные бухгалтерского учета каждого оператора – медицинской организации. Это обстоятельство в отсутствии принятой единообразной учетной политики как на уровне государства и даже одного региона ставит под сомнение сопоставимость данных особенно в разрезе учетных статей расходов, между субъектами РФ и т.д. Данные формы 62 позволяют судить только об объемах медицинской помощи в разрезе условий оказания, учетных единиц (установлены Программой государственных гарантий) и стоимости оплаченных ресурсов, потребленных в процессе ее оказания по источникам финансирования. При этом данные Формы № 62 отражают расходы провайдеров на оказание медицинской помощи, а не расходы финансирующих агентов – что также снижает точность данных.

Наконец, в отличие от стандарта SHA 2011, который для исключения дублирования данных предусматривает принцип двойной записи (дебет/кредит) для исключения дублирования данных (данные в таблицах в форме Т-счетов, взаимозачеты между статьями), Форма № 62 не использует двойную запись. Инструкция по её заполнению не требует двойной записи, данные подаются в линейном виде (простая агрегация расходов), нет разделения на дебет/кредит или корреспондирующие счета. Отсюда ряд проблем, наиболее значимыми из которых представляются: риск двойного учета (дублирование расходов), невозможность отследить финансовые потоки между разными уровнями, каналами финансирования (например, между бюджетами разных уровней

или между бюджетной системой и ОМС), невозможность международных сопоставлений. Иначе говоря, если стандарт SHA 2011 – это система финансового учета, то форма № 62 в лучшем случае предназначена для сбора агрегированных данных с сомнительной точностью и ценностью.

Промежуточные выводы сравнительного анализа Формы № 62 и международного стандарта SHA 2011 в части схем финансирования здравоохранения, их доходов и финансирующих агентов:

Форма № 62 не использует принципиальные для стандарта SHA 2011 метод начисления и двойной записи и отражает только кассовые расходы производителей медицинских услуг. Поэтому данные Формы № 62 заведомо искажены – они игнорируют обязательства по расчетам между участниками системы здравоохранения и могут быть многократно дублированы. Проблема усугубляется различиями в учётной политике медицинских организаций (учёт аналогичных расходов может быть отражён по разным КОСГУ), что делает данные Формы № 62 несопоставимыми не только на международном уровне, но даже между учреждениями одного субъекта Федерации.

В части классификации схем финансирования Форма № 62 из 38 схем финансирования международного стандарта SHA 2011 отражает только 8, при этом не отражает весьма важные для России схемы финансирования предприятий, а популярное у российских ДМС работодателей объединяет с ДМС частных лиц. При этом данные Формы № 62 не позволяют оценить объем финансирования по схемам, поскольку отражают только расходы медицинских организаций, сдающих эту форму.

В части источников доходов Форма № 62 консолидирует источники, детализированные в стандарте SHA 2011. Так, в группу «Бюджеты всех уровней» объединены все государственные источники финансирования, а в группу «Внебюджетные источники финансирования» де-факто объединены все негосударственные источники – что в условиях фрагментации многоуровневого и многоканального финансирования медицинских гарантий существенно ограничивает эффективность учета и ценность собираемой в рамках этой формы информации.

В отличие от стандарта SHA 2011, Форма № 62 лишена классификации данных по финансирующим агентам. По сравнению со стандартом SHA 2011, Форма № 62 не предусматривает учет и возможность анализа данных по всем основным схемам финансирования здравоохранения, источникам их доходов и финансирующих агентов.

В отличие от стандарта SHA 2011, Форма № 62 не использует систему формализованных линейных и перекрестных таблиц (матричных отчетов) как удобного и эффективного инструмента анализа данных.

С учетом вышеизложенного, Форму № 62 нельзя использовать для финансового учета

и рассматривать её как адаптированный к специфике Российской Федерации вариант счетов здравоохранения, а её данные не могут быть корректно использованы для международных сравнений.

## Продолжение – Часть 2.

### Список литературы

1. Берман, П. Национальные счета здравоохранения в развивающихся странах: соответствующие методы и недавнее применение // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 6. – С. 11-30.
2. Феттер, Б. Происхождение и разработка национальных счетов здравоохранения, 1926-2006 гг. // Финансовый обзор здравоохранения. – 2006. – Том 28, № 1. – С. 53-67.
3. Бос, Ф., Ваноли, А. История национальных счетов // Обзор экономической истории. – 2006. – Т. 59, № 4. – С. 872-873.
4. Счета здравоохранения. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.who.int/health-topics/health-accounts#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-accounts#tab=tab_1) (дата обращения: 01.03.2025).
5. Система счетов здравоохранения. Версия 1.0. ОЭСР, 2000 г.
6. Система счетов здравоохранения, 2011. Пересмотренное издание. – Париж: Издательство ОЭСР, 2017. – 522 с.
7. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения: со специальными приложениями для стран с низким и средним уровнем дохода. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://documents.worldbank.org/curated/en/630801468157174497> (дата обращения 01.04.2025).
8. 8. Руководящие принципы по внедрению Концепции SHA 2011 для учета финансирования здравоохранения. – Женева: ОЭСР, 2014. – 81 с.
9. Стародубов, В. И. Комплексная оценка финансирования здравоохранения Российской Федерации по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 годы. Часть 1 / В. И. Стародубов, В. О. Флек, Е. Д. Дмитриева // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 10. – С. 4-11. – EDN PAJLVN.
10. Стародубов, В. И. Комплексная оценка финансирования здравоохранения Российской Федерации по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 годы. Часть 2 / В. И. Стародубов, В. О. Флек, Е. Д. Дмитриева // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 4-12. – EDN RAJMBH.
11. Найговзина, Н. Б., Флек, В. О. Программно-целевой подход к управлению здравоохранением – основа дальнейшего совершенствования обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2008. – № 1. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/programmno-tselevoy-podhod-k-upravleniyu-zdravoohraneniem-osnova-dalneyshego-sovershenstvovaniya-obespecheniya-konstitutcionnyh> (дата обращения: 10.08.2025).
12. Путин, М. Е., Флек, В. О., Селезнев, И. Ю. Актуальные вопросы формирования модели счетов здравоохранения Российской Федерации. // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 5-6. – С. 5.
13. Система счетов здравоохранения: подходы к формированию, анализу и прогнозированию на федеральном уровне / В. О. Флек [и др.]; под ред. А. М. Таранова; Федеральный Фонд обязательного мед. страхования. – Москва: Федеральный фонд обязательного мед. страхования, 2006. – ISBN 5-94414-106-2. – EDN QRKPMJ.
14. Разработка и внедрение системы счетов здравоохранения: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / [В. О. Флек и др.]. – Москва: Федер. фонд обязат. мед. страхования, 2005. – 98 с. – ISBN 5-94414-076-3. – EDN QLKGXN.
15. Беляева, Н. В., Докторович, А. Б. Система счетов здравоохранения России: виды и поставщики товаров и услуг здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 9. – С. 27-37.
16. Шиляев, Д. Р., Лакунин, К. Ю. О необходимости совершенствования системы финансового мониторинга расходов на здравоохранение Российской Федерации (счетов здравоохранения) // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 12. – С. 5-12.
17. Флек, В. О. и др.; под ред. Таранова А. М. Система счетов здравоохранения: подходы к формированию, анализу и прогнозированию на федеральном уровне. – М.: Федеральный фонд обязательного мед. страхования, 2006. – 144 с.
18. Соколов, Д. А. Современные подходы к оценке источников финансирования российского здравоохранения по версии системы счетов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: История. Политология. – 2008. – № 10(50). – С. 232-235.
19. Мазус, А. И., Зеленев, В. В., Левен, И. И. Анализ счетов здравоохранения в структуре многофакторного анализа результативности профилактических мероприятий // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 5. – С. 47-49.
20. Стародубов, В. И., Савостина, Е. А., Путин, М. Е., Юдин, Б. А. Формирование территориальных счетов здравоохранения с использованием компьютерных технологий: Концепция и ограничения модели // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2004. – № 5. – С. 72-77.
21. Филатов, В. Б., Маркун, Е. Р. Национальные счета как инструмент оценки макроэкономической эффективности здравоохранения // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 4. – С. 37-46.
22. Стародубов, В. И. Использование системы счетов в здравоохранении. – Москва: МЦФЭР, 2007. – 319 с.
23. Катанаева, Л. А., Парыгина, Н. М. Учет затрат медицинских услуг в бюджетных учреждениях здравоохранения // Бухгалтерский учет и налогообложение в бюджетных организациях. – 2014. – № 11. – С. 26-32.

### References

1. Berman, P. National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications // J Health Econ. – 1997. – № 6. – Pp. 11-30.

2. *Fetter, B.* Origins and elaboration of the national health accounts, 1926-2006 // *Health Care Finance Review*. – 2006. – Vol. 28, № 1. – Pp. 53-67.
3. *Bos, F., Vanoli, A.* A history of national accounting // *Economic History Review*. – 2006. – Vol. 59, № 4. – Pp. 872-873.
4. *Health accounts.* – [Electronic resource]. – Access mode: [https://www.who.int/health-topics/health-accounts#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-accounts#tab=tab_1) (access date: 03/01/2025).
5. *A System of Health Accounts.* – Version 1.0. OECD, 2000.
6. *A System of Health Accounts 2011. Revised edition.* – Paris: OECD Publishing, 2017. – 522 p.
7. *Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries.* – [Electronic resource]. – Access mode: <http://documents.worldbank.org/curated/en/630801468157174497> (access date: 04/01/2025).
8. *Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing.* – Geneve: OECD, 2014. – 81 p.
9. *Starodubov, V. I.* Comprehensive assessment of healthcare financing in the Russian Federation according to the system of accounts for the period from 2000 to 2006. Part 1 / V. I. Starodubov, V. O. Fleck, E. D. Dmitrieva // The health care manager. – 2007. – № 10. – Pp. 4-11. – EDN PAJLVN.
10. *Starodubov, V. I.* Comprehensive assessment of healthcare financing in the Russian Federation according to the system of accounts for the period from 2000 to 2006. Part 2 / V. I. Starodubov, V. O. Fleck, E. D. Dmitrieva // The health care manager. – 2007. – № 11. – Pp. 4-12. – EDN PAJ GMBH.
11. *Naygovzina, N. B., Fleck, V. O.* A program-oriented approach to healthcare management is the basis for further improvement of ensuring the constitutional rights of citizens of the Russian Federation to free medical care // Issues of state and Municipal administration. – 2008. – № 1. – [Electronic resource]. – Access mode: <https://cyberleninka.ru/article/n/programmno-tselevoy-podhod-k-upravleniyu-zdravooхранeniem-osnova-dalney-shego-sovershenstvovaniya-obespecheniya-konstitutsionnyh> (access date: 08/10/2025).
12. *Putin, M. E., Fleck, V. O., Seleznev, I. Y.* Current issues of the formation of the model of health accounts of the Russian Federation // *Economics of healthcare*. – 2003. – № 5-6. – P. 5.
13. *The system of health accounts: approaches to formation, analysis and forecasting at the federal level* / V. O. Flek [et al.]; edited by A.M. Taranov; Federal Fund for Compulsory Medical Care.
14. *Development and implementation of the health accounts system: textbook. a manual for the postgraduate education system. Prof. education of doctors* / [V. O. Fleck et al.]. – Moscow: Federal Fund for Compulsory Medical Education. Insurance, 2005. 98 p. – ISBN 5-94414-076-3. – EDN QLKGN.
15. *Belyaeva, N. V., Doktorovich, A. B.* The Russian healthcare accounting system: types and suppliers of healthcare goods and services // *The economics of healthcare*. – 2001. – № 9. – Pp. 27-37.
16. *Shilyaev, D. R., Lakunin, K. Yu.* On the need to improve the system of financial monitoring of healthcare costs in the Russian Federation (health accounts) // *The economics of healthcare*. – 2008. – № 12. – Pp. 5-12.
17. *Fleck, V. O. et al.; ed. Taranova A. M.* The system of health accounts: approaches to formation, analysis and forecasting at the federal level. – Moscow: Federal Fund for Compulsory Medical Education. Insurance, 2006. – 144 p.
18. *Sokolov, D. A.* Modern approaches to assessing sources of financing for Russian healthcare according to the accounting system // *Scientific Bulletin of Belgorod State University. Series: History. Political science*. – 2008. – № 10(50). – Pp. 232-235.
19. *Mazus, A. I., Zelenov, V. V., Leven, I. I.* Analysis of health accounts in the structure of multifactorial analysis of the effectiveness of preventive measures // *Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the National Research Institute of Public Health*. – 2008. – № 5. – Pp. 47-49.
20. *Starodubov, V. I., Savostina, E. A., Putin, M. E., Yudin, B. A.* Formation of territorial health accounts using computer technologies: The concept and limitations of the model // *Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the National Research Institute of Public Health*. – 2004. – № 5. – Pp. 72-77.
21. *Filatov, V. B., Markun, E. R.* National accounts as a tool for assessing the macroeconomic effectiveness of healthcare // *Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the National Research Institute of Public Health*. – 2007. – № 4. – Pp. 37-46.
22. *Starodubov, V. I.* Using the system of accounts in healthcare. – Moscow: MTsFER, 2007. – 319 p.
23. *Katanaeva, L. A., Parygina, N. M.* Accounting for the costs of medical services in budgetary healthcare institutions // *Accounting and taxation in budgetary organizations*. – 2014. – № 11. – Pp. 26-32.

## Информация об авторах

**Рагозин А.В.**, кандидат медицинских наук, директор центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации (г. Москва, Российская Федерация).

**Хачатрян А.А.**, научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации (г. Москва, Российская Федерация).

**Калиновская Е.В.**, младший научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации (г. Москва, Российская Федерация).

## Information about the authors

**Ragozin A.V.**, Ph.D. in Medicine, Director of the Center for Problems of Organization, Financing and Inter-Territorial Relations in Healthcare at the Institute of Regional Economics and Inter-Budgetary Relations of the Financial University under the Government of the Russian Federation (Moscow, Russian Federation).

**Khachatryan A.A.**, Researcher at the Institute of Regional Economics and Inter-Budgetary Relations of the Financial University under the Government of the Russian Federation (Moscow, Russian Federation).

**Kalinovskaya E.V.**, Junior Researcher at the Institute of Regional Economics and Inter-Budgetary Relations of the Financial University under the Government of the Russian Federation (Moscow, Russian Federation).