

Создана ли в Российской Федерации система счетов здравоохранения? Сравнительный анализ статистической формы № 62 и стандарта SHA 2011. Часть 2*

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

Счета здравоохранения – рекомендуемый ВОЗ и используемый многими странами инструмент управления расходами на здравоохранение, важный элемент системы национальных счетов и международных сравнений. Начиная с конца 90-х в Российской Федерации ведется работа по разработке и внедрению счетов здравоохранения. Результатом этой работы стала разработка статистической формы № 62, которую многие российские авторы полагают адаптированным к российским условиям вариантом счетов здравоохранения. В рамках исследования проведено сравнение статистической формы № 62 с актуальным международным стандартом SHA 2011. Результаты сравнения показали, что набор, классификация и принципы учета данных статистической формы № 62 в значительной части не соответствуют стандарту SHA 2011, а рост эффективности финансирования здравоохранения в Российской Федерации требует мер по имплементации счетов здравоохранения.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ

ГОСТ 7.1-2003

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 2 // Дискуссия. – 2025. – № 9(142). – С. 65–78.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Финансирование здравоохранения, Российская Федерация, счета здравоохранения, статистическая форма № 62, SHA 2011.

* См. первую часть исследования: 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.

Has the Russian Federation established a system of health accounts? Comparative analysis of statistical form № 62 and the SHA 2011 standard. Part 2.

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

The system of health accounts is a tool recommended by WHO and used by many countries to manage health costs, an important element of the system of national accounts and international comparisons. 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 many Russian authors consider to be a variant of health accounts adapted to Russian conditions. The study compared statistical form № 62 with the current international standard SHA 2011. The results of the comparison showed that the set, classification and accounting principles of statistical form № 62 largely do not comply with the SHA 2011 standard, and the increase in the effectiveness of health-care financing in the Russian Federation requires measures to implement health accounts.

FOR CITATION

APA

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 2.. *Diskussiya [Discussion]*, 9(142), 65–78.

KEYWORDS

Healthcare financing, Russian Federation, healthcare accounts, statistical form № 62, SHA 2011.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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 2 части, в 1 части приводятся данные по классификации схем здравоохранения, во 2

части – классификация функций здравоохранения и поставщиков услуг, факторов предоставления услуг здравоохранения и счетов капитала.

ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сопоставление стандарта SHA 2011 с Формой № 62 в части классификации функций здравоохранения, провайдеров услуг здравоохранения и факторов предоставления услуг здравоохранения – таблицы 8–10.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Сопоставление функций здравоохранения (НС) стандарта SHA 2011 с Формой № 62 выявляет ряд фундаментальных расхождений, обусловленных различиями в методологических подходах

Таблица 1

*Сопоставление стандарта SHA 2011 с Формой № 62
в части классификации функций здравоохранения*

Код SHA 2011	Функция здравоохранения SHA 2011	Форма № 62
HC.1	Лечебная помощь	Да
HC.1.1	Стационарная лечебная помощь	Да
HC.1.1.1	Общая стационарная лечебная помощь	Не выделена в отдельную группу
HC.1.1.2	Специализированная стационарная лечебная помощь	Да
HC.1.2	Дневная лечебная помощь	Да
HC.1.2.1	Общая дневная лечебная помощь	Да
HC.1.2.2	Специализированная дневная лечебная помощь	Да
HC.1.3	Амбулаторная лечебная помощь	Да
HC.1.3.1	Общая амбулаторная лечебная помощь	Да
HC.1.3.2	Стоматологическая амбулаторная лечебная помощь	Да
HC.1.3.3	Специализированная амбулаторная лечебная помощь	Не выделена в отдельную группу
HC.2	Реабилитационная помощь	Да
HC.2.1	Стационарная реабилитационная помощь	Да
HC.2.2	Дневная реабилитационная помощь	Да
HC.2.3	Амбулаторная реабилитационная помощь	Да
HC.2.4	Реабилитационная помощь на дому	Не выделена в отдельную группу
HC.3	Долгосрочный уход (медицинский)	Да, в составе паллиативной медицинской помощи
HC.3.1	Стационарный долгосрочный уход (медицинский)	
HC.3.2	Дневной долгосрочный уход (медицинский)	Нет
HC.3.3	Амбулаторный долгосрочный уход (медицинский)	Нет
HC.3.4	Долгосрочный уход (медицинский) на дому	Нет
HC.4	Вспомогательные услуги (без спецификации по функциям)	Не выделены в отдельную группу
HC.4.1	Лабораторные услуги	Да
HC.4.2	Услуги диагностической визуализации (рентген, УЗИ, эндоскопия, КТ и т.п.)	Да
HC.4.3	Скорая помощь и/или Транспортировка пациента	Да
HC.5	Медицинские товары (без спецификации по функциям)	Да, но отражены как увеличение стоимости материальных запасов – т.е. закупок, а не фактического расхода
HC.5.1	Фармацевтические препараты и пр. мед. товары недлительного пользования	
HC.5.1.1	ЛС, отпускаемые по рецепту	Не выделены в отдельную группу
HC.5.1.2	ЛС, отпускаемые без рецепта	Не выделены в отдельную группу
HC.5.1.3	Прочие медицинские товары недлительного пользования	Не выделены в отдельную группу
HC.5.2	Терапевтические принадлежности и прочие медицинские изделия	Не выделены в отдельную группу
HC.5.2.1	Очки и прочая продукция для зрения	Не выделены в отдельную группу
HC.5.2.2	Слуховые аппараты	Нет
HC.5.2.3	Прочие ортопедические приспособления и протезы	Нет
HC.5.2.4	Все остальные медицинские товары длительного пользования, в том числе медицинские технические устройства	Не выделены в отдельную группу
HC.6	Профилактическая помощь	Да
HC.6.1	Информационные, образовательные и консультационные программы	Нет
HC.6.2	Программы иммунизации	В составе профилактической помощи, не выделены в отдельную группу
HC.6.3	Программы раннего выявления заболеваний	Не выделены в отдельную группу
HC.6.4	Программы мониторинга состояния здоровья	Да (диспансеризация)
HC.6.5	Эпидемиологический надзор и программы борьбы с рисками и болезнями	Нет

Окончание табл. 1

КодSHA 2011	Функция здравоохранения SHA 2011	Форма № 62
HC.6.6	Программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвычайные ситуации	Нет
HC.7	Управление и администрирование системы здравоохранения и финансирования	Нет
HC.7.1	Управление и администрирование системы здравоохранения	Нет
HC.7.2	Администрирование финансирования здравоохранения	Нет
HC.9	Прочие медицинские услуги, не вошедшие в другие категории	Да
	Справочные/учетные статьи	
HC.RI.1	Общие расходы на фармацевтическую продукцию	Нет
HC.RI.2	Традиционная, народная и альтернативная медицина (THAM)	Нет
HC.RI.2.1	Стационарная THAM	Нет
HC.RI.2.2	Амбулаторная THAM и THAM на дому	Нет
HC.RI.2.3	Изделия THAM	Нет
HC.RI.3	Профилактика и услуги общественного здравоохранения	Не выделены в отдельную группу
HC.RI.3.1	Здоровье матери и ребенка, планирование семьи и консультирование	Да
HC.RI.3.2	Медицинское обслуживание в школе	Нет
HC.RI.3.3	Профилактика инфекционных заболеваний	Не выделена в отдельную группу
HC.RI.3.4	Профилактика неинфекционных заболеваний	Не выделена в отдельную группу
HC.RI.3.5	Гигиена труда	Нет
HC.RI.3.6	Все прочие профилактические услуги	Не выделены в отдельную группу
	Услуги, связанные с здравоохранением	
HCR.1	Долгосрочный уход (социальный)	Нет
HCR.1.1	Долгосрочная социальная помощь в натуральном выражении	Нет
HCR.1.2	Долгосрочная социальная помощь – денежные пособия	Нет
HCR2	Укрепление здоровья с применением межсекторального подхода	Нет
HCR.2.1	Меры по обеспечению продовольствием и питьевой водой	Нет
HCR.2.2	Мероприятия по охране окружающей среды.	Нет
HCR.2.3	Другие многосекторальные мероприятия по укреплению здоровья.	Нет

Источник: составлено авторами на основании данных OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453.

Таблица 2

*Сопоставление стандарта SHA 2011 с Формой № 62
в части классификации провайдеров услуг здравоохранения*

Код SHA 2011	Поставщик SHA 2011	Форма № 62
HP.1	Больницы	Да
HP.1.1	Больницы общего профиля	Да (участковые больницы, больницы, больницы скорой медицинской помощи, медико-санитарные части)
HP.1.2	Психиатрические больницы	Нет
HP.1.3	Специализированные больницы (кроме психиатрических)	Да – специализированные больницы, родильные дома, госпитали, лепрозории, центры
HP.2	Учреждения долгосрочного ухода с проживанием	Нет
HP.2.1	Учреждения долгосрочного сестринского ухода	Да (Хосписы, дома ребенка)
HP.2.2	Учреждения для душевнобольных и наркозависимых	Нет
HP.2.3	Прочие учреждения долгосрочного ухода с проживанием	Нет

Окончание табл. 2

Код SHA 2011	Поставщик SHA 2011	Форма № 62
HP.3	Поставщики амбулаторной помощи	Не выделены в отдельную группу
HP.3.1	Врачебные практики	Нет
HP.3.1.1	Кабинеты врачей общей практики	Нет
HP.3.1.2	Кабинеты специалистов психиатрической медицинской помощи	Нет
HP.3.1.3	Кабинеты специалистов узкого профиля (кроме специалистов психиатрической медицинской помощи)	Нет
HP.3.2	Стоматологическая практика	Нет
HP.3.3	Кабинеты прочих практикующих врачей	Нет
HP.3.4	Центры амбулаторной помощи	Да (Поликлиники, амбулатории)
HP.3.4.1	Центры планирования семьи	Да (Женские консультации)
HP.3.4.2	Амбулаторные центры для душевнобольных и наркозависимых	Нет
HP.3.4.3	Самостоятельные центры амбулаторной хирургии	Не выделены в отдельную группу
HP.3.4.4	Центры гемодиализа	Нет
HP.3.4.4	Прочие амбулаторные центры	Не выделены в отдельную группу
HP.3.5	Поставщики медицинской помощи на дому	Нет
HP.4	Поставщики вспомогательных услуг	Нет
HP.4.1	Поставщики услуг по транспортировке пациентов и спасению в чрезвычайной ситуации	Да (Медицинские организации скорой медицинской помощи)
HP.4.2	Медицинские и диагностические лаборатории	Нет
HP.4.3	Прочие поставщики вспомогательных услуг	Да (Медицинские организации переливания крови, медицинские организации особого типа, санаторно-курортные организации, молочные кухни)
HP.5	Предприятия розничной торговли и другие поставщики медицинских изделий	Нет
HP.5.1	Аптеки	Нет
HP.5.2	Розничные торговцы и другие поставщики медицинских товаров и приспособлений длительного пользования	Нет
HP.5.3	Прочие торговцы и поставщики фармацевтической продукции и медицинских изделий	Нет
HP.6	Поставщики профилактической помощи	Да, частично (Диспансеры)
HP.7	Поставщики услуг по администрированию и финансированию системы здравоохранения	Нет
HP.7.1	Государственные административные органы в области здравоохранения	Нет
HP.7.2	Агентства социального медицинского страхования	Нет
HP.7.3	Администраторы частного медицинского страхования (ДМС)	Нет
HP.7.4	Прочие административные органы здравоохранения	Нет
HP.8	Остальная часть экономики здравоохранения	Нет
HP.8.1	Домохозяйства как поставщики медицинской помощи на дому	Нет
HP.8.2	Прочие отрасли как второстепенные поставщики медицинской помощи	Нет
HP.8.3	Прочие отрасли - учреждения, действующие за пределами области поставщиков медицинских услуг, и не предоставляющие товары и услуги здравоохранения ни отдельным лицам, ни группам лиц, но которые специализируются на деятельности, связанной со здравоохранением	Нет
HP.9	Остальной мир	Нет

Источник: составлено авторами на основании данных OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453.

Таблица 3

*Сопоставление стандарта SHA 2011 с Формой № 62
в части классификации факторов предоставления услуг здравоохранения*

Код SHA 2011	Фактор SHA 2011	Форма №62
FP.1	Оплата труда работников	Да
FP.1.1	Оклады и заработка плата	Да
FP.1.2	Социальные отчисления	Да
FP.1.3	Все прочие затраты, связанные с работниками	Да
FP.2	Профессиональное вознаграждение самозанятых	Нет
FP.3	Использованные материалы и услуги	
FP.3.1	Затраты на «промежуточные» медицинские услуги как промежуточное потребление в ходе оказания медицинской помощи	Нет
FP.3.2	Затраты на фармацевтические препараты и товары здравоохранения	Да, но отражены как увеличение стоимости материальных запасов – т.е. закупок, а не фактического расхода, как в SHA 2011
FP.3.2.1	Затраты на фармацевтические препараты	
FP.3.2.2	Затраты на товары здравоохранения	
FP.3.3	Услуги, не связанные с оказанием медицинской помощи	Да
FP.3.4	Товары, не связанные с оказанием медицинской помощи	Не выделены в отдельную группу по признаку отсутствия связи с оказанием медицинской помощи
FP.3.4.1	Электроэнергия	Объединены в группу «коммунальные услуги»
FP.3.4.2	Вода	
FP.3.4.3	Все другие товары и услуги, не связанные с оказанием медицинской помощи	Да
FP.4	Потребление основного капитала	Нет
FP.5	Прочие статьи расходов на используемые ресурсы	Да
FP.5.1	Налоги	Не выделены в отдельную группу, отнесены к прочим расходам
FP.5.2	Прочие статьи расходов	Да

Источник: составлено авторами на основании данных OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453.

и целях классификации. Если SHA 2011 использует функциональный принцип классификации, группируя расходы по деятельности, – то Форма № 62 в большей степени ориентирована на виды медицинской помощи (зачастую с избыточной по отношению к стандарту SHA 2011 детализацией). Отсюда отсутствие прямых аналогов для большинства ключевых функций SHA 2011. Многие функции, выделенные в SHA 2011, либо полностью отсутствуют в Форме № 62, либо «размазаны» по разным статьям – что делает прямое сопоставление невозможным без дополнительной масштабной аналитической работы и снижает ценность данных Формы № 62.

Наиболее значимые пробелы касаются функций профилактики, реабилитации, долгосрочного ухода и вспомогательных услуг. Эти функции либо полностью отсутствуют, либо не поддаются выделению из агрегированных данных. Например, все межсекторальные функции (общественное

здравье, социальный уход) выпадают из поля зрения Формы № 62, так как она охватывает только программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

В свою очередь, при попытках сопоставления данных Формы № 62 с данными стандарта SHA 2011 налицо проблема агрегации данных. Форма № 62 сегодня может предоставить данные, которые являются лишь «сырьем» для последующей группировки в функциональные категории SHA 2011. Это требует сложных методик пересчета и досчета. Например, для расчета затрат на амбулаторную помощь (НС.1.3) необходимо агрегировать данные из множества строк, относящихся к поликлиникам, и вычесть из них затраты на профилактику и реабилитацию, которые там же учтены.

Наконец, Форма № 62 не включает данные о расходах на медицинские товары, приобретенные населением в аптеках самостоятельно (часть

НС.5), и об услугах частнопрактикующих врачей (часть НС.1 и НС.3), что приводит к занижению общих затрат на здравоохранение при международных сравнениях.

В свою очередь, сопоставление классификации поставщиков медицинских услуг (ICHA-HP) SHA 2011 и Формы № 62 показывает, что их сопоставимость является частичной и весьма условной. Причин разнотечений много. Во-первых, классификация провайдеров Формы № 62 менее детальна – на 41 код стандарта SHA 2011 приходится всего 9 типов медицинских организаций Формы № 62 с разной степенью соответствия определениям SHA 2011. При этом Форма № 62 классифицирует провайдеров преимущественно по ведомственной и организационно-правовой принадлежности (кто владелец, какой тип учреждения и его бюджетирования – автономные, казенные, бюджетные, иные) – что безразлично для стандарта SHA 2011, который делает упор на функциях. Во-вторых, многие группировки кодов SHA 2011 в Форме № 62 полностью отсутствуют:

- НР.3.1 Врачебные практики;
- НР.5 Предприятия розничной торговли и другие поставщики медицинских изделий;
- НР.7 Поставщики услуг по администрированию и финансированию системы здравоохранения;
- НР.8 Остальная часть экономики здравоохранения;
- НР.9 Остальной мир;
- НР.10 Поставщики услуг по администрированию и финансированию системы здравоохранения.

В-третьих, на различия влияет ощутимая разница в организации медицинской помощи в странах ОЭСР и в Российской Федерации, что требует адаптации Формы № 62 к стандарту SHA 2011. Например, в странах ОЭСР практически нет таких учреждений, как поликлиники – в России это основа оказания амбулаторной помощи в России, унаследованная от СССР. В свою очередь, основной объем амбулаторной помощи в странах ОЭСР выполняют врачебные практики, как общей практики, так и врачей-специалистов – до последнего времени эти формы пока не получили широкого распространения в России.

В-четвертых, в отличие от SHA 2011 – стандарта национальных счетов здравоохранения, который стремится охватить всю систему здравоохранения – Форма № 62 не учитывает провайдеров, не участвующих в оказании услуг в рамках программы государственных гарантий бесплат-

ной медицинской помощи, что выводит из статистического учета большое число медицинских организаций, играющих важную роль в оказании помощи населению, в том числе государственных.

В-пятых, Форма № 62 не учитывает или не выделяет в отдельную группу ряд провайдеров, отдельный учет которых есть в стандарте SHA 2011 и представляется важным в силу высокой востребованности их услуг для населения, напрямую влияя на доступность медицинской помощи, например:

- психиатрические стационары, другие учреждения и амбулаторные центры для душевнобольных и наркозависимых;
- провайдеры стоматологической помощи;
- центры гемодиализа;
- медицинские и диагностические лаборатории;
- аптеки;
- провайдеры, оказывающие медицинскую помощь на дому.

В-шестых, есть ряд проблем, связанных с самим стандартом SHA 2011, его внутренними противоречиями, которые требуют доработки этого стандарта. В частности, для ряда функций здравоохранения (НС) в классификации поставщиков (НР) отсутствуют прямые, однозначно соответствующие им типы провайдеров. Представляется, что это связано с системным ограничением выбранного подхода к классификации. Реалии таковы, что большинство провайдеров обеспечивают ряд функций – например, провайдеры лечебной помощи обычно оказывают и профилактические услуги, а поликлиники оказывают помощь на дому. Не самая удачная методика SHA 2011 – причина того, что многие функции не находят соответствующего провайдера или объединены друг с другом без достаточных оснований. Например, функция Эпидемиологический надзор и программы борьбы с рисками и болезнями (код НС.6.5) отражает работу органов санитарно-эпидемиологического надзора. Очевидно, что санитарная медицина – специфический, важный и самостоятельный сегмент здравоохранения, но её органы отнесены стандартом SHA 2011 к весьма разнообразной по своим задачам группе провайдеров профилактических услуг. Поэтому при развитии дальнейшего развития стандарта SHA 2011, вероятно, было бы более правильно не привязывать провайдеров к одной конкретной функции, а классифицировать их по наборам (пакетам) выполняемых функций.

Таким образом, сопоставление классификации международного стандарта SHA 2011 с формой

федерального статистического наблюдения № 62 в части функций здравоохранения и провайдеров услуг здравоохранения позволяет предположить:

1) Стандарт SHA 2011 построен по функциональному признаку – важнейшей осью данных этого стандарта является детализированная классификация функций здравоохранения по типам деятельности. Напротив, Форма № 62 не придает высокой важности функциям здравоохранения, во многом подменяя их видами медицинской помощи.

2) Из-за разницы в методологии – практическая несопоставимость данных по стандарту SHA 2011 и Формы № 62 в части распределения ресурсов по функциям.

3) Сопоставление классификации поставщиков медицинских услуг (ICHA-HP) SHA 2011 и Формы № 62 показывает, что их сопоставимость является частичной и весьма условной, что обусловлено рядом причин. Наиболее важными представляются недостатки методологии стандарта SHA 2011 (прежде всего попытка ограничить задачи каждого провайдера одной функцией), разница в организации здравоохранения Российской Федерации и стран ОЭСР, а также низкий уровень адаптации Формы № 62 к стандарту SHA 2011.

4) Данные Формы № 62 в части распределения ресурсов между функциями и провайдерами не соответствуют стандарту SHA 2011 и не позволяют корректно сравнивать российскую статистику с международной.

В части сопоставления классификации факторов предоставления услуг здравоохранения – следует отметить, что прямое соответствие стандарта SHA 2011 с Формой № 62 налицо только для одного кода FP.1 (Оплата труда).

Представляется важным недостатком отсутствие в Форме № 62 аналога FP.2 (Профессиональное вознаграждение самозанятых). С одной стороны, самозанятость значительно снижает затраты на оплату труда – поэтому число самозанятых стремительно растет. По данным ФНС России за 2024 год число самозанятых в России превысило 10 млн. человек. С другой стороны, сегодня ничто не ограничивает возможности привлечения самозанятых на рабочие места в здравоохранении, не требующие медицинского образования, – доля немедицинского персонала достаточно высока. Для врачей и среднего медперсонала сложнее – по Федеральному закону «О лицензировании отдельных видов деятельности» получить лицензию могут лишь юридическое лицо или индивидуальный предприниматель (статья 3,

пункт 5). Соответственно, будучи самозанятым физлицо получить лицензию не сможет – но в случае необходимости это препятствие может быть обойдено оформлением врачей и среднего медперсонала в ИП. Поэтому в обозримом будущем есть вероятность роста числа самозанятых и обусловленное низким налогообложением их доходов искажение данных по оплате труда – что требует отдельного учета профессионального вознаграждения самозанятых в Форме № 6.

Есть серьезные расхождения по группировке FP.3 (Использованные материалы и услуги). Важным недостатком представляется отсутствие в Форме № 6 учета затрат на «промежуточные» медицинские услуги как промежуточного потребления в ходе оказания медицинской помощи (код FP.3.1 в стандарте SHA 2011). Специфика медицинских услуг – в силу их сложности, высокой индивидуализации, вероятностной эффективности и трудности в стандартизации многие услуги являются многокомпонентными, включающими в себя зачастую множество других услуг, которые зачастую приходится получать в других медицинских организациях с соответствующими расчетами – это и есть «промежуточные» медицинские услуги как некий аналог промежуточного потребления в макроэкономике. Например, при оплате стационарной помощи в форме КСГ (по цене законченного случая) в случае отсутствия в больнице нужных специалистов, оборудования или служб часть услуг может быть оказана в других клиниках с расчетом в рамках общего тарифа КСГ. Однако в силу того, что Форма № 62 в отличие от стандарта SHA 2011, во-первых, не ведет отдельный учет таких «промежуточных» услуг и, во-вторых, не использует метод двойной записи (которая в приведенном примере предполагает, что из цены КСГ, полученной базовым стационаром должна вычитаться сумма затрат на «промежуточные» услуги, которые в этом случае должны относить к вспомогательным клиникам – то в российской статистике сумма «промежуточных» услуг может прибавляться к фактическим расходам, искусственно его увеличивая и искажая данные.

Проблема в части затрат на фармацевтические препараты и товары здравоохранения (группа кодов FP 3.2) – во-первых, разница в методологии учета. Форма № 62 учитывает эти затраты по принципу закупок. Это значит, что затраты отражаются в момент приобретения товаров как увеличение товарных запасов. Тем самым закупленные, но не использованные препараты и товары (рост запасов) считаются уже потреб-

блленными – даже если они были списаны, например, в случае истечения срока хранения. Тем самым Форма № 62 фактически поощряет бесхозяйственность и искажает как реальную картину производительного потребления товаров в здравоохранении, так и реальную стоимость потребленных здравоохранением ресурсов – что противоречит принципам системы национальных счетов (СНС) и мешает корректному учету в СНС данных здравоохранения.

Напротив, учет затрат на фармацевтические препараты и товары здравоохранения в SHA 2011 построен на их фактическом потреблении: затраты отражаются по факту фактического применения препарата или товара для оказания помощи пациенту, а из общей суммы закупок вычитается стоимость прироста запасов – показывая, сколько было реально использовано, а не закуплено. В свою очередь, списание просроченных лекарств и медицинских товаров в SHA 2011 не считается расходом на медицинскую помощь, учитывается как изменение в запасах (их уменьшение) и не попадает в итоговые расходы на оказание медицинской помощи. Тем самым SHA 2011 позволяет точно связать ресурсы (фактически использованные лекарства и товары) с результатом (оказанной помощью) в конкретном периоде, отражая реальную стоимость потребленных в процессе производства медицинских услуг ресурсов, что соответствует общепринятым принципам системы национальных счетов (СНС).

Еще одна разница в учете затрат на фармацевтические препараты и товары здравоохранения – если SHA 2011 учитывает все эти расходы – в том числе за счет личных средств и негосударственных источников – то Форма № 62 ограничена данными по затратам в рамках программы государственных гарантий. В ситуации, когда в отличие от стран ОЭСР и некоторых других стран (например, Бразилии) с системой универсальных лекарственных льгот основная часть населения России вынуждена приобретать лекарства для «бесплатного» амбулаторного лечения в рамках государственных гарантий за свой счет (а зачастую и для стационарного лечения), это приводит к значительному занижению фактических расходов в том числе на гарантированную медицинскую помощь, которая де-факто софинансируется населением в части лекарственного обеспечения.

Позиции Формы № 62, соответствующие кодам FP.3.3 и FP.3.4 стандарта SHA 2011 (услуги и товары, не связанные с оказанием медицинской помощи), рассеяны по многим строкам Формы

№ 62 – что для международных сравнений требует агрегации, но не представляется значимой проблемой.

В отличие от SHA 2011, Форма № 62 в части факторов предоставления услуг здравоохранения не учитывает ни FP.4 (Потребление основного капитала), ни хотя бы амортизационных отчислений. Данное обстоятельство представляется одним из самых важных методологических расхождений между Формой № 62 и SHA 2011. Игнорирование этого показателя в Форме № 62 приводит к серьезному искажению реальной стоимости медицинской помощи и заведомо неправильным управленческим решениям, так как создает иллюзию «бесплатного» использования основных фондов: искусственно занижается реальная себестоимость медицинских услуг, а тарифы экономически не обоснованы; выделенных медицинским организациям средств зачастую хватает только на оплату труда и текущие расходы, но не на плановое обновление оборудования; формируется неверный сигнал о состоянии основных фондов для руководителей, которые видят остаточную балансовую стоимость – основные фонды быстро стареют и изнашиваются, возникает потребность в дорогостоящих заменах и капремонтах, которые требуют экстренных расходов, но не создают механизма устойчивого финансирования износа; искажается реальное состояние медицинских организаций: можно ошибочно считать экономически эффективной клинику, которая на самом деле «проедает» свой капитал.

Таким образом, сопоставление классификаций данных международного стандарта SHA 2011 с формой федерального статистического наблюдения № 62 в части факторов предоставления услуг здравоохранения позволяет предположить, что их несоответствие значительно снижает качество управления ресурсами отрасли:

1) С учетом быстрого роста числа самозанятых отсутствие в Форме № 62 отдельного учета профессионального вознаграждения самозанятых (код FP.2 SHA 2011) несет риск искажений данных по оплате труда.

2) Отсутствие в Форме № 6 отдельного учета затрат на «промежуточные» медицинские услуги как промежуточного потребления в ходе оказания медицинской помощи (код FP.3.1 SHA 2011), что в сочетании с отказом от принципа двойной записи как принципа SHA 2011 приводит к искусственно завыщению затрат.

3) Различие в методологии учета затрат на фармацевтические препараты и товары здра-

воохранения (группа кодов FP 3.2) – Форма № 62 учитывает эти затраты по принципу закупок, а SHA 2011 по принципу их фактического потребления – приводит к тому, что Форма № 62 поощряет бесхозяйственность и искажает как реальную картину производительного потребления товаров в здравоохранении, так и реальную стоимость потребленных здравоохранением ресурсов – что противоречит принципам системы национальных счетов (СНС) и мешает корректному учету в СНС данных здравоохранения.

4) Если SHA 2011 учитывает все расходы на фармацевтические препараты и товары здравоохранения – в том числе за счет личных средств и негосударственных источников – то Форма № 62 ограничена данными программы государствен-

ных гарантий. В ситуации, когда основная часть населения России вынуждена приобретать за свой счет лекарства в рамках гарантий бесплатной медицинской помощи (амбулаторного лечения) это приводит к значительному занижению фактических расходов.

5) Форма № 62 не учитывает ни потребление основного капитала (код FP.4 SHA 2011), ни хотя бы амортизационных отчислений – что создает иллюзию «бесплатного» использования основных фондов, приводит к серьезному искажению реальной стоимости медицинской помощи и заведомо неправильным управленческим решениям.

Сопоставление стандарта SHA 2011 с Формой № 62 в части классификации учета данных учета и использования капитала – таблица 11.

Таблица 4

*Сопоставление стандарта SHA 2011 с Формой № 62
в части классификации учета данных по капиталу*

SHA 2011	Форма №62
HK.1 Валовое накопление капитала	Нет
HK.1.1 Валовое накопление основного капитала	Нет.
HK.1.1.1 Инфраструктура	Единственный показатель в форме № 62 «Увеличение стоимости основных средств» – лишь одна из составляющих для расчета Валового накопления основного капитала по методологии SHA 2011 (см. ниже)
HK.1.1.1.1 Жилые и нежилые здания	
HK.1.1.1.2 Другие объекты инфраструктуры	
HK.1.1.2 Машины и оборудование	
HK.1.1.2.1 Медицинское оборудование	
HK.1.1.2.2 Транспортное оборудование	
HK.1.1.2.3 Информационно-коммуникативное оборудование	
HK.1.1.2.4 Машины и оборудование, не включенные в другие категории	
HK.1.1.3 Продукция интеллектуальной собственности	
HK.1.1.3.1 Компьютерное программное обеспечение и базы данных	
HK.1.1.3.2 Продукция интеллектуальной собственности, не включенная в другие категории	
HK.1.2 Изменения в запасах	Нет. Показатель «Увеличение стоимости материальных запасов» в форме №62 и HK.1.2 (изменения в запасах) в SHA 2011 – разные понятия, которые практически не сопоставимы напрямую. Форма №62 учитывает лишь небольшую часть потоков, которые входят в HK.1.2 (см. ниже)
HK.1.3 Приобретение за вычетом выбытия ценностей	Нет. Форма №62 фиксирует только операции, связанные с приобретением (валовые затраты), но полностью игнорирует выбытие и не разделяет операции на потребление и чистое накопление капитала
HK.1.1.с Потребление основного капитала	
HK.1.1.n Накопление чистого капитала	
HK.2 Непроизводительные нефинансовые активы	
HK.2.1 Земля	
HK.2.2 Прочие непроизводительные нефинансовые активы	Нет. Форма №62 не предусматривает учет изменений активов.
Изменения чистой стоимости активов	
HKF.1 Сбережения, чистые	

Окончание табл. 4

SHA 2011	Форма №62
HKF.2r Требования по договорам аренды и лизинга	
HKF.2.1 Инвестиционные гранты от финансовых агентов:	
HKF.2 Трансферты капитала	
HKF.2.1.2 Прочие трансферты капитала	
Чистое кредитование (+) /чистое заимствование (-)	Нет.
HKR.1 Займы	Нет. Форма № 62 – отчет о денежных расходах провайдеров медицинских услуг, а коды HKR стандарта SHA 2011 – инструмент оценки всех экономических ресурсов, обязательств и видов деятельности, связанных со здоровьем, включая будущие обязательства (ГЧП), балансовые показатели и и немедицинские функции (исследования, образование).
HKR.2 Накопленные сбережения	
HKR.3 Государственно-частное партнерство	
HKR.4 Исследования и развитие в области здравоохранения, оплачено финансирующим агентом:	
HKR.5 Образование и переподготовка медицинского персонала, оплачено финансирующим агентом:	

Источник: составлено авторами на основании данных OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В отличие от стандарта SHA 2011, где учету капитала посвящен отдельный раздел «Счет капитала», в котором учтено 32 показателя – единственный показатель Формы № 62 – «Увеличение стоимости основных средств» – однако ценность этого показателя нивелирована отказом Формы № 62 от принципа двойной записи. Вероятно, это не было бы значимым в условиях социалистического народного хозяйства СССР, но в условиях капиталистической экономики создает условия для системных ошибок в управлении, стратегическом планировании и оценке финансовой устойчивости системы здравоохранения. В таблице 5 приведены проблемы, представляющиеся наиболее значимыми.

Кроме того, с отсутствием учета счетов капитала в Форме № 62 связаны и общие, системные риски:

- искажение себестоимости и занижение реальной стоимости медицинских услуг из-за игнорирования потребления основного капитала, некорректного учета запасов и их использования;
- отсутствие данных для долгосрочного планирования обновления инфраструктуры и технологий;
- накопление «невидимых» обязательств (лизинг, ГЧП, займы, кредиторская задолженность), угрожающих финансовой стабильности;
- неэффективное управление активами: невозможность корректно оценить эффективность использования капитала;
- некорректные международные сравнения: данные по инвестициям (капиталовложениям)

в здравоохранение России заведомо несопоставимы со странами, применяющими SHA 2011.

Таким образом, отсутствие в Форме № 62 счетов капитала (неотъемлемой части стандарта SHA 2011) данных учета и контроля использования капитала значительно ухудшает возможности эффективного управления финансированием здравоохранения Российской Федерации, влечет широкий круг негативных проблем, ориентирует систему управления финансами здравоохранения на краткосрочные операционные расходы, снижает эффективность использования ресурсов, инвестиционную привлекательность и финансую устойчивость отрасли.

ВЫВОДЫ

1. В отличие от SHA 2011, Форма № 62 не использует принципиальные для стандарта SHA 2011 принципы, методы и подходы – что приводит к неполноте иискажению данных о финансовых ресурсах здравоохранения и их использовании.

2. Сравнение классификаций данных стандарта SHA 2011 и Формы № 62 показывает, что сегодня в Российской Федерации еще не создана система национальных счетов здравоохранения, данные Формы № 62 в целом не соответствуют стандарту SHA 2011, а российские статистические данные не могут быть использованы для международных сравнений.

3. С учетом недостатков и проблем Формы № 62 представляется сомнительной её полезность как инструмента поддержки управленческих решений. Тем самым используемая сегодня в Российской Федерации централизованная система учета, сбора и систематизации данных о финансовых ресурс-

Таблица 5

Негативные последствия отсутствия учета в Форме № 62 данных по капиталу

Код SHA 2011	Отсутствие в Форме № 62
HK.1 Валовое накопление капитала	Невозможно оценить общий объем инвестиций в развитие материально-технической базы здравоохранения. Управление ориентируется на текущие расходы, игнорируя стратегические потребности в обновлении инфраструктуры.
HK.1.1 Валовое накопление основного капитала	Отсутствие данных о реальных инвестициях в основные фонды (оборудование, здания) приводит к их хроническому недофинансированию и старению.
HK.1.1.1 Инфраструктура (здания, объекты)	Нет учета износа и потребности в модернизации объектов. Капремонты и строительство воспринимаются как разовые расходы, а не как инвестиции в долгосрочные активы.
HK.1.1.2 Машины и оборудование	Не отслеживается физическое и моральное устаревание оборудования. Закупки часто носят хаотичный характер, а не являются частью системной программы обновления.
HK.1.1.3 Продукция интеллектуальной собственности (ПО, базы данных)	Инвестиции в цифровизацию и IT-инфраструктуру не выделяются в отдельную категорию, что мешает оценить их вклад в эффективность системы.
HK.1.2 Изменения в запасах	Искажается себестоимость медицинской помощи. Затраты на закупки медикаментов учитываются как расходы периода, даже если они не были использованы (лежали на складе). Это завышает реальные затраты на помощь.
HK.1.3 Приобретение за вычетом выбытия ценностей	Игнорируются операции с активами, не являющимися основными фондами, – для здравоохранения России это редкость, но может быть важно для некоторых учреждений (например, музеев медицины).
HK.1.1.с Потребление основного капитала	Себестоимость услуг занижается, так как не включает экономический износ активов. Тарифы в ОМС и бюджете не покрывают полную стоимость использования основных средств, что ведет к их износу и «проеданию».
HK.1.1.n Накопление чистого капитала	Скрывается отрицательное накопление капитала (когда его износ превышает инвестиции).
HK.2 Непроизведенные нефинансовые активы (земля)	Игнорируется стоимость земли под медицинскими учреждениями. Это искаляет оценку совокупных активов сектора и потенциальных возможностей для их использования (например, концессии).
Изменения чистой стоимости активов	Невозможно оценить общее изменение экономического положения сектора здравоохранения в результате операций с активами.
HKF.1 Сбережения, чистые	Непонятно, генерирует ли медицинская организация или здравоохранение в целом достаточно средств для самофинансирования или живет в долг.
HKF.2r Требования по договорам аренды и лизинга	Серьезный пробел. Активы, полученные по лизингу, не капитализируются. Их стоимость не отражается в активах, а лизинговые платежи проходят как текущие расходы, что скрывает реальный объем используемого капитала и будущие обязательства.
HKF.2 Трансферты капитала (гранты, инвестиционные трансферты)	Невозможно отделить финансирование текущих расходов от инвестиционных вливаний. Это мешает оценить вклад государства и других доноров в развитие инфраструктуры.
Чистое кредитование (+) / чистое заимствование (-)	Невозможно определить, является ли сектор здравоохранения в целом чистым кредитором для остальной экономики или чистым заемщиком. Это ключевой индикатор финансовой устойчивости всей системы.
HKR.1 Займы	Не отслеживается объем привлеченных долговых обязательств для финансирования инвестиций, что скрывает риски долговой нагрузки.
HKR.2 Накопленные сбережения	Не виден объем финансовой "подушки безопасности" сектора, что критично для управления в кризисных ситуациях.
HKR.3 Государственно-частное партнерство (ГЧП)	Серьезный пробел. Будущие обязательства государства по договорам ГЧП не отражаются в отчетности. Это создает скрытые бюджетные риски и искаляет оценку реального объема инвестиций в инфраструктуру.
HKR.4 Исследования и развитие (R&D)	Инвестиции в R&D не выделяются, что мешает оценить инновационный потенциал системы и сопоставить его с другими странами.
HKR.5 Образование и переподготовка кадров	Затраты на человеческий капитал (инвестиции в образование) не капитализируются и учитываются как текущие расходы. Это ведет к недооценке роли обучения как инвестиции.

Источники: составлено авторами.

сах здравоохранения малоэффективна, поскольку не соответствует реалиям используемой финансово-экономической модели здравоохранения.

4. Рост эффективности здравоохранения Российской Федерации требует радикального

пересмотра используемых методов и подходов к учету финансовых ресурсов – наиболее проверенным путем представляется создание полноценной системы национальных счетов здравоохранения на основе стандарта SHA 2011.

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 (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. *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 PAJMBN.*
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 (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-zdravoohraneniem-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. insurance.* – Moscow: Federal Fund for Compulsory Medical
- Education. Insurance, 2006. – ISBN 5-94414-106-2. – EDN QRKPMJ.
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 of Compulsory Medical Education. Insurance, 2005. 98 p. – ISBN 5-94414-076-3. – EDN QLKGXN.
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.

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).

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.