

DOI: 10.17747/2618-947X-2025-4-380-388



Как превратить национальные счета здравоохранения в метод стратегического управления на основе данных

А.В. Рагозин¹
А.А. Хачатрян¹¹ Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации (Москва, Россия)

Аннотация

Начиная с 70-х годов XX века страны ОЭСР не могут добиться эффективного контроля расходов на здравоохранение, которые растут значительно быстрее ВВП. Одним из решений стала разработка ОЭСР национальных счетов здравоохранения (ННА). Сегодня это разработанная ОЭСР, рекомендованная ВОЗ, обязательная для всех стран Евросоюза и используемая большим числом стран – членом ВОЗ организационная структура учета, классификации и отслеживания расходов на здравоохранение, которая использует международный стандарт SHA 2011. Однако внедрение ННА не помогло странам ОЭСР контролировать затраты на здравоохранение, которые сегодня по-прежнему растут значительно быстрее ВВП. Авторы настоящей статьи видят главным недостатком ННА отсутствие их сквозной End-to-End интеграции с бухгалтерским и управленческим учетом, что снижает точность, своевременность и ценность данных ННА, делая их малоприспособленными для управления. Поэтому сегодня ННА используются в основном для ретроспективного мониторинга и анализа отраслевых данных, макроэкономических исследований и межстрановых сравнений. Авторы предлагают превратить ННА из метода статистического наблюдения в инструмент управления на основе данных путем синтеза стандарта SHA 2011 со сквозным End-to-End управлением финансированием здравоохранения методом постатейного бюджета, который обеспечивал высокую эффективность здравоохранения СССР.

Ключевые слова: SHA 2011, сквозной End-to-End процесс, бухгалтерский учет, постатейный бюджет

Для цитирования:

Рагозин А.В., Хачатрян А.А. (2025). Как превратить национальные счета здравоохранения в метод стратегического управления на основе данных. *Стратегические решения и риск-менеджмент*, 16(4): 380–388. DOI: 10.17747/2618-947X-2025-4-380-388.

Благодарности

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета.

How Can National Health Accounts Be Transformed into a Data-Driven Strategic Management Tool

А.В. Рагозин¹
А.А. Хачатрян¹¹ Financial University under the Government of the Russian Federation (Moscow, Russia)

Abstract

Since the 1970s, OECD countries have struggled to control health care expenditure, which has grown much faster than GDP. One of the responses was the development of National Health Accounts (NHA). Today, NHA provide an accounting, classification, and monitoring framework for health expenditure. Developed by the OECD and recommended by WHO, they are mandatory in all European Union countries and are used by many WHO member states under the international SHA 2011 standard. However, the introduction of NHA has not curbed health care spending in OECD countries, which continues to outpace GDP growth. The authors argue that a key limitation of NHA is the lack of end-to-end integration with financial and managerial accounting systems, which reduces the accuracy, timeliness, and practical value of NHA data and makes them poorly suited for management purposes. As a result, NHA are currently used primarily for retrospective monitoring and sector-level analysis, macroeconomic research, and cross-country comparisons. The authors propose transforming NHA from a method of statistical observation into a data-driven management tool by combining the SHA 2011 standard with end-to-end financial management of the health sector based on line-item budgeting—an approach that ensured the high efficiency of the Soviet health system.

Keywords: national health accounts, SHA 2011, end-to-end integration, accounting, line-item budgeting, data-driven management

For citation:

Ragozin A.V., Khachatryan A.A. (2025). How Can National Health Accounts Be Transformed into a Data-Driven Strategic Management Tool. *Strategic Decisions and Risk Management*, 16(4): 380–388. DOI: 10.17747/2618-947X-2025-4-380-388. (In Russ.)

Acknowledgements

This article was prepared based on research funded by budgetary resources under the Financial University's state assignment.

如何把国民健康账户转变基于数据的战略管理方法

A.V. Ragozin¹
A.A. Khachatryan¹¹ 俄罗斯联邦政府财政金融大学 (俄罗斯莫斯科)

摘要

自20世纪70年代以来, 经济合作和发展组织 (经合组织) 国家一直无法有效控制医疗保健成本, 而医疗保健成本的增长速度明显快于国内生产总值 (GDP)。解决方案之一是为经合组织国家制定国民健康账 (NHA)。它今天是一个使用国际标准SHA 2011的会计, 分类和跟踪医疗保健成本的系统。这项经合组织的发展是世卫组织推荐的, 对所有欧盟国家都是强制性的, 并被大量世卫组织成员国使用。然而, NHA的引入并没有帮助经合组织国家控制医疗保健成本, 而医疗保健成本仍然比今天的GDP增长得快得多。本文的作者认为NHA的主要缺点是缺乏与会计和管理的End-to-End通积分。这降低NHA数据的准确性及时性和价值, 使其不适合管理。因此, 今天NHA主要用于行业数据的回顾性监测和分析, 宏观经济研究和跨国比较。作者提出将NHA从统计观察方法转变为基于数据的管理工具。该方法基于SHA2011标准与按细账预算为医疗保健提供融资的End-to-End通管理的综合。相同的方法确保了苏联医疗保健的高效率。

关键词: SHA 2011、End-to-End通过程、会计、细账预算。

供引用:

Ragozin A.V., Khachatryan A.A. (2025). 如何把国民健康账户转变基于数据的战略管理方法. 战略决策和风险管理, 16(4): 380–388. DOI: 10.17747/2618-947X-2025-4-380-388. (俄文)

感谢

本文是根据财政金融大学国家任务下以预算经费为代价进行的研究成果编写的。

Введение

Создание в развитых странах ОЭСР систем всеобщего доступа к услугам здравоохранения происходило в исключительно благоприятных условиях так называемого славного тридцатилетия – с момента окончания Второй мировой войны до середины 1970-х годов. В этот период ежегодный среднегодовой темп прироста ВВП этих стран составлял 5–8%, при этом затраты стран ОЭСР на здравоохранение длительное время не превышали 2–3% ВВП [Политэкономия и инновации..., 2024]. Однако в 1970–1990-е годы мир попал в затяжную экономическую рецессию, которая привела к выраженной стагнации: к спаду производства, росту инфляции и безработицы. Темпы роста ВВП западных стран многократно снизились. При этом наблюдались «взрыв специализаций» и технологическая революция в медицине, начала быстро расти продолжительность жизни и стартовала эпидемия неизлечимых хронических болезней. Расходы стран ОЭСР на здравоохранение стали быстро расти, значительно опережая ВВП. Примечательно, что Советский Союз демонстрировал эффективный контроль расходов на здравоохранение и их соответствие уровню производства (табл. 1).

Неспособность стран ОЭСР эффективно контролировать затраты на медицинскую помощь населению и обеспечить их соответствие уровню производства – важная причина создания в этих странах централизованных систем учета финансовых ресурсов здравоохранения в форме так называемых национальных счетов здравоохранения (National Health Accounts, далее – NHA). Это интегрированная с системой национальных счетов (далее – СНС) стандартизированная организационная структура для систематизированного учета, классификации и анализа расходов на здравоохранение. Сначала система NHA развивалась в странах ОЭСР в рамках их систем здравоохранения с учетом национальной специфики, а в 2000 году был принят первый международный стандарт SHA 1.0 [A system of health..., 2000], на смену которому в 2011 году была принята его новая версия SHA 2011 [A system of health..., 2017].

Таблица 1

Динамика расходов на здравоохранение развитых стран ОЭСР (% ВВП) и СССР (% валового общественного продукта)

Table 1
Health care expenditure in developed OECD countries (% of GDP) and the USSR (% of gross social product)

Страны	1970	1980	1990
США	6,9	8,7	11,9
Великобритания	4,5	5,6	6,0
Канада	7,0	7,0	9,0
Австралия	4,6	7,0	7,8
Австрия	5,1	7,4	7,0
Бельгия	4,0	6,4	7,4
Дания	8,0	9,1	8,5
Финляндия	5,6	6,4	7,8
Франция	5,4	7,1	8,6
Германия	6,2	8,7	8,5
Греция	6,1	6,6	7,4
Ирландия	5,1	8,4	6,1
Япония	4,5	6,5	5,9
Нидерланды	6,9	7,5	8,0
Новая Зеландия	5,1	5,9	6,9
Норвегия	4,4	7,0	7,7
Португалия	2,6	5,6	6,2
Испания	3,6	5,4	6,7
Швеция	6,9	9,1	8,4
Швейцария	5,5	7,4	8,3
СССР	1,8	1,8	1,7

Источник: рассчитано авторами по материалам: Народное хозяйство СССР в 1980 году: статистический ежегодник. Москва, Финансы и статистика, 1981; Народное хозяйство СССР в 1990 г.: статистический ежегодник. Москва, Финансы и статистика, 1991; [Colombo, Morgan, 2006].

Суть ННА по стандарту SHA 2011 – описание всех денежных потоков, связанных с потреблением медицинских товаров и услуг в стране по единой согласованной системе классификации. Данные ННА дают ответ на три базовых вопроса: какие услуги и товары в здравоохранении оплачиваются, кем они предоставляются и через какие схемы и источники это финансируется (функции НС, поставщики НР, схемы финансирования НФ). Стандарт SHA 2011 предусматривает детальную классификацию расходов (например, стационарная, амбулаторная помощь, лекарства, долгосрочный уход), поставщиков (больницы, поликлиники, аптеки и т.п.) и источников/схем финансирования (госбюджет, ОМС, добровольное страхование, прямые платежи населения).

На основе этих таблиц можно рассчитывать показатели уровня и структуры расходов на здравоохранение, их динамику, долю в ВВП, роль государственных и частных источников, а также проводить межстрановые сравнения. SHA 2011 согласован с СНС, поэтому агрегаты по здравоохранению могут быть сопоставлены с макроэкономическими показателями (ВВП, государственными расходами и т.д.). Основное назначение ННА по SHA 2011 – обеспечить регулярный, сопоставимый во времени и между странами мониторинг и анализ финансирования здравоохранения, служить базой для политики в области здравоохранения^{1, 2}.

Сегодня регулярная разработка ННА по стандарту SHA 2011, с одной стороны, рекомендована и поддерживается ВОЗ. По данным официального сайта ВОЗ³, национальные счета здравоохранения по стандарту SHA 2011 периодически разрабатывают около 100 стран – членом ВОЗ, то есть более половины всех государств мира.

С другой стороны, с 2013 года для всех стран Евросоюза обязательна ежегодная разработка и публикация национальных счетов здравоохранения по SHA 2011 в соответствии с Регламентом ЕС 1338/2008 и Регламентом ЕС 2015/359. Регламент (ЕС) №1338/2008 Европейского парламента и Совета от 16.12.2008 «Об европейской статистике здравоохранения» утверждает единую правовую базу для сбора, разработки, передачи и оценки европейской статистики по здоровью населения, в том числе по финансированию и расходам на здравоохранение.

Страны – члены ЕС обязаны ежегодно предоставлять Евростату детализированные данные о расходах на здравоохранение и их финансировании по методологии SHA 2011. Регламент (ЕС) 2021/1901 от 29.10.2021 года «Об утверждении технических спецификаций для передачи данных SHA» устанавливает конкретные правила и формат предоставления данных по SHA 2011, включая структуру по функциям, поставщикам и источникам финансирования, что делает систему обязательной к использованию по всей территории ЕС. Неисполнение требований этих регламентов чревато санкциями. Еврокомиссия вправе инициировать наложение штрафа на государство-член в случае систематического неисполне-

ния или фальсификации данных для обязательной статистической отчетности⁴. Странам-нарушителям может быть ограничен доступ к финансированию ЕС, прервана поддержка или грант; могут быть введены ограничения на участие в международных сравнительных проектах, на доступ к общим статистическим и аналитическим платформам, ограничения для национальных систем страхования и межгосударственного планирования. Евростат может официально признать страну не соответствующей стандартам, что влечет публичную маркировку и обязательство введения корректирующих мер с жестким графиком и регулярным контролем.

Однако сам факт, что разработка ННА даже в Евросоюзе требует жесткого административного давления, показывает, что процесс создания и работы ННА связан с большим числом трудностей и проблем, а польза от ННА не так однозначна, как она видится европейской бюрократии.

Так, отчет 2025 года по лучшим практикам внедрения ННА в странах ОЭСР [Best practice..., 2025] показывает, что ряд этих стран ограничивается минимальным базовым набором таблиц из числа рекомендованных стандартом SHA 2011 и не обеспечивает регулярный, полностью заполненный массив данных за все годы, предусмотренные совместным опросником ОЭСР – Евростат – ВОЗ.

Более того, несмотря на риск штрафов и санкций, некоторые страны ОЭСР (например, Новая Зеландия) периодически вообще не представляют данные ННА в формате SHA 2011. Неудивительно, что ситуация с внедрением ННА в странах – членах Евросоюза еще хуже. По данным на 2017 год, лишь около 40 таких стран делали это на рутинной основе, то есть относительно регулярно [Rathe et al., 2018]. В то же время в большинстве стран постсоветского пространства попытка создания ННА закончилась на стадии пилотного проекта или даже не начиналась (табл. 2).

Таким образом, с внедрением ННА большие проблемы даже в странах ОЭСР. При этом внедрение ННА не помогло этим странам контролировать расходы на здравоохранение, которые, по данным ВОЗ за период с 2000 по 2017 год, опережали экономический рост стран ОЭСР примерно вдвое [Global spending..., 2019].

Таким образом, налицо системное ограничение используемой методологии национальных счетов здравоохранения, внедрение которых идет с трудом, а польза от их внедрения явно не соответствует ожиданиям.

Авторы выдвигают гипотезу, что главным недостатком и методологическим ограничением национальных счетов здравоохранения представляется отсутствие их сквозной интеграции с бухгалтерским и управленческим учетом, что лишает данные национальных счетов здравоохранения ценности для управления, ограничивая спрос на них ретроспективным мониторингом и анализом отраслевых данных, макроэкономическими исследованиями и межстрановыми сравнениями. В результате потраченные на создание и рабо-

¹ Регламент (ЕС) № 1338/2008 Европейского парламента и Совета от 16.12.2008 о статистике Сообщества в области общественного здравоохранения, охраны здоровья и безопасности труда. Консолидированная версия от 01.01.2021. <http://data.europa.eu/eli/reg/2008/1338/oj>.

² Регламент Комиссии (ЕС) 2015/359 от 04.03.2015 о применении Регламента (ЕС) № 1338/2008 относительно статистики расходов на здравоохранение и его финансирования. <http://data.europa.eu/eli/reg/2015/359/oj>.

³ Global Health Expenditure Database. <https://apps.who.int/nha/database>.

⁴ Делегированное решение Комиссии 2012/678/EU от 29.06.2012 о расследованиях и штрафах, связанных с манипулированием статистическими данными по Регламенту (ЕС) № 1173/2011. http://data.europa.eu/eli/dec_del/2012/678/oj.

Таблица 2
Создание систем ННА в странах – бывших республиках СССР (кроме стран Балтии и Украины)
Table 2
Establishment of NHA systems in former Soviet republics (excluding the Baltic States and Ukraine)

Страна	Год последней публикации публичного отчета/данных по счетам здравоохранения	Использованный стандарт счетов здравоохранения
Белоруссия	2024	Национальный стандарт, никак не адаптирован со стандартом SHA 2011
Армения	2023	SHA 2011
Казахстан	2018	SHA 2011
Киргизия	2009	пилотный проект
Россия	2007	Национальный стандарт, частично адаптирован с SHA 1.0
Грузия	2004	SHA 1.0 (пилотный проект)
Молдавия	2011	В рамках пилотного проекта готовился по стандарту SHA 1.0 – но данных об его публикации и каких-либо данных из него в открытых источниках не найдено.
Узбекистан	—	—
Азербайджан	—	—
Туркменистан	—	—

Источник: составлено авторами по данным: Система счетов здравоохранения» официального сайта Министерства здравоохранения Республики Беларусь. <https://minzdrav.gov.by/ru/ministerstvo/sistema-schetov-zdravookhraneniya.php>; National health accounts: Armenia, 2023 (2023). <https://nih.am/assets/pdf/atvk/b05a6b3ef948a86a63234817d55869df.pdf>; National health accounts of Kazakhstan: OECD Reviews of Health Systems (2018). Paris, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264289604-en>; Национальные счета здравоохранения в Кыргызстане: обзор общих расходов на здравоохранение за 2009 год (2011). http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/prp71_rus.pdf; National health accounts for Georgia 2001–2003 (2009). https://www.researchgate.net/publication/237437542_national_health_accounts_for_georgia_2001-2003_national_health_accounts_for_georgia; [Стародубов и др., 2007; Turcanu et al., 2012].

ту ННА ресурсы и административные усилия, мягко говоря, не соответствуют полученной от ННА отдаче. Это и есть объективная причина низкого интереса к ННА даже в странах ОЭСР, тем более – в странах с низким и средним доходом.

1. Конвергенция национальных счетов здравоохранения и сквозного учета как направление институционального развития

С целью подтверждения выдвинутой гипотезы авторы провели анализ международных методических руководств и отчетов по созданию (институционализации) и работе ННА [Berman, 1997; Guide to producing..., 2003; Maeda et al., 2012; A system of health..., 2017; Framework for assessing..., 2023; Best practice..., 2025; Mon et al., 2025].

Анализ источников показывает, что их авторы полагают отсутствие сквозной интеграции ННА с бухгалтерским/управленческим учетом важным системным ограничением ННА, источником большого числа проблем и трудностей при их создании и работе.

Автор работы [Berman, 1997] постулирует, что важнейший вопрос заключается в возможности последовательного получения данных о счетах здравоохранения из финансовой отчетности поставщиков. В большинстве развивающихся стран такого прямого соответствия нет; тем самым счета здравоохранения требуют значительных расчетов, сопоставлений и преобразований.

Руководство [Guide to producing..., 2003] указывает, что в большинстве стран существуют сложные системы фи-

нансирования здравоохранения, включающие множество источников и агентов. Отслеживание этих потоков и составление сопоставимых счетов сопряжено со значительными трудностями, сложность и разнообразие механизмов финансирования являются существенным препятствием для стандартизации и внедрения национальных счетов здравоохранения. При этом системы бухгалтерского и управленческого учета поставщиков услуг плохо согласуются с классификацией ННА: для сопоставления и интерпретации источников данных требуются значительные усилия.

В описании стандарта SHA 2011 [A system of health..., 2017] постулируется, что фрагментация схем финансирования здравоохранения и наличие множества отчитывающихся агентов значительно усложняют картографирование и регистрацию потоков в категориях SHA. Обычно нет однозначного соответствия между бухгалтерскими регистрами поставщика и функциональными категориями SHA, что требует использования таблиц сопряжения, агрегации и часто субъективной интерпретации.

В Руководстве Всемирного банка [Maeda et al., 2012] отмечается, что разнообразие и сложность механизмов финансирования превращают сбор и консолидацию данных для счетов здравоохранения в серьезную институциональную проблему. Разнообразие финансовых потоков, источников и исполнителей затрудняет как рутинную отчетность, так и проверку. В свою очередь, слабая согласованность между счетами здравоохранения и системами финансового учета снижает надежность результатов и затрудняет эффективный контроль качества и аудит.

Авторы обзора опыта внедрения ННА в странах ОЭСР [Best practice..., 2025] отмечают, что страны с сильно фрагментирован-

ными или децентрализованными системами финансирования, многочисленными страховщиками или значительным частным сектором сталкиваются со значительными препятствиями в создании надежных и всеобъемлющих счетов здравоохранения. При этом серьезной проблемой остается отсутствие прямого соответствия между категориями управленческого учета и требованиями к отчетности SHA. Поэтому многие страны вынуждены в значительной степени вручную корректировать и сверять данные. В большинстве стран SHA 2011 опирается на агрегацию разнородных источников (бюджеты, страховые фонды, обследования, отчеты провайдеров), а не на прямое извлечение данных из единой системы бухгалтерского и управленческого учета; это порождает разрывы между показателями национальных счетов и реальным финансовым учетом на уровне учреждений и распорядителей средств.

Авторы документа [Framework for assessing..., 2023] полагают, что система счетов здравоохранения должна преодолеть барьер диверсификации потоков финансирования и отчитывающихся агентов, что часто приводит к неполноте данных и низкой сопоставимости. При этом для достижения зрелости счетов здравоохранения необходима полная интеграция с повседневным учетом поставщиков услуг и управленческой отчетностью; в большинстве стран прогресс в этом направлении идет медленно.

Несмотря на то что создание ННА в странах – нечленах ОЭСР началось относительно недавно, анализ доступных источников показывает важность отсутствия интеграции ННА с бухгалтерским и управленческим учетом и в этих странах. Так, отчеты о внедрении ННА в странах Восточного Средиземноморья показывают, что большинство из них выходят с задержкой в несколько лет; лишь три страны региона смогли наладить ежегодный выпуск, что напрямую связывают с трудностями доступа к данным, их сбором из множества разрозненных источников и необходимостью ручного сопоставления с бюджетными и бухгалтерскими данными. В результате многие государства не могут институционализировать регулярное производство ННА из-за проблем с получением и обработкой первичных финансовых данных, отсутствия стандартизированного интерфейса между системами учета и блоком SHA 2011. Данные о пилотных проектах по созданию ННА в Египте и Палестине свидетельствуют, что исходные данные из национальных учетных систем не совпадают по структуре с требованиями SHA 2011. В отчете по ЮАР подчеркивается, что для построения ННА используется инвентаризация множества разрозненных источников (национальный и провинциальные бюджеты, страховые схемы, опросы домохозяйств, административная отчетность больниц), при этом указывается на несоответствие классификаций и необходимость перекодировки и согласования с классификациями SHA 2011, что свидетельствует об отсутствии сквозной связи с бухгалтерским учетом учреждений [Best practice..., 2025].

Таким образом, в руководствах и обзорах по институционализации ННА отмечается, что даже в большинстве стран ОЭСР сближение SHA с национальными системами учета остается частичным: данные обычно собираются в виде выборки или агрегатов из нескольких систем (статистика, бюджеты, учет фондов), а не через встроенный модуль в бух-

галтерии провайдеров. Тем более значимо это системное ограничение в странах с низким и средним доходом.

Анализ опыта внедрения ННА в странах ОЭСР – как фактически достигнутых ими весьма скромных результатов по практическому выполнению всего объема требований стандарта SHA 2011, так и сомнительной эффективности использования ННА как инструмента управления финансированием здравоохранения – позволяет предположить, что на настоящий момент ННА по стандарту SHA 2011 пока далеки от того, чтобы признать их зрелой технологией, где четкий регламент выполнения работ гарантирует достижение поставленного результата. На данном этапе развития ННА по стандарту SHA 2011 – скорее «дорожная карта», стратегический план или инструмент развития централизованного учета и анализа финансовых ресурсов здравоохранения, который указывает, что и как должно быть сделано, – но без гарантии достижения конкретного результата.

На сегодняшний день страны ОЭСР не смогли добиться сквозной интеграции ННА с управленческим и бухгалтерским учетом, а проблему сложности своих систем финансирования здравоохранения они решают на основе кибернетического принципа Эшби – создавая систему ННА такой же сложной, как используемая модель финансирования здравоохранения. Для каждой его функции, группы провайдеров и схемы финансирования формируется и поддерживается соответствующий канал сбора и верификации данных. Это требует создания ННА как дополнительной весьма сложной высокотратной структуры, которая ведет сбор данных не их автоматическим формированием из бухгалтерского и управленческого учета, а преимущественно путем запросов, что снижает качество данных, требует их обязательной верификации и ограничивает ценность для управления. Тем самым чем сложнее система финансирования – тем сложнее и дороже система ННА, тем ниже качество и полезность их данных. Отсюда ряд недостатков, ограничений и рисков ННА.

2. Опыт Советского Союза как возможный источник решений

Как было показано в табл. 1, Советский Союз демонстрировал эффективный контроль расходов на здравоохранение и их соответствие уровню производства. Причина в том, что СССР использовал принципиально иной подход к созданию централизованного учета финансовых ресурсов здравоохранения, поскольку он создал свою первую в мире систему «медицины для всех», будучи страной с низким доходом в условиях жесткого дефицита ресурсов. В этих условиях возникла необходимость в централизованном и детализованном учете ресурсов как ключевом инструменте повышения эффективности системы здравоохранения.

Дефицит ресурсов заставил создателей здравоохранения СССР использовать принципиально другой подход – реинжиниринг, радикальное перепроектирование системы финансирования. С одной стороны, это упрощение и линейное сжатие системы с исключением всех посредников, ненужных и дублирующих процессов за счет интеграции плательщика (органа госуправления) и административно подчиненного и хозяйственно подотчетного ему провайдера (государ-

ственной медицинской организации). С другой стороны, это превращение постатейного бюджета (line item budget, далее – LIB) в универсальный сквозной (End-to-End) метод всего цикла управления финансирования здравоохранения с отслеживанием денежных потоков от Госплана СССР до деревенского фельдшерско-акушерского пункта: нормирование и планирование ресурсов, организация их использования, мотивация бережливого производства, учет расходов государственных органов на здравоохранение и затрат медорганизаций, контроль их целевого использования [Попов, 1976].

Есть основание полагать, что эта советская инновация имеет ряд преимуществ по сравнению с ННА стран ОЭСР. Будучи страной с низким доходом, Советский Союз создал первую в мире систему всеобщего охвата медицинской помощью (Universal Health Coverage, УНС), расходы которой были многократно ниже, чем в странах ОЭСР, но обеспечивали сопоставимую с ОЭСР доступность медицинской помощи. В отличие от стран ОЭСР, СССР успешно контролировал расходы на здравоохранение и их соответствие уровню производства.

Вместе с тем советская система имела недостатки, которые могут рассматриваться и как потенциал для развития. В силу отставания Советского Союза в макроэкономических исследованиях и признания здравоохранения «непроизводительным» его вклад в общественное производство не учитывался в межотраслевом балансе. В отличие от ННА данные советского учета были предназначены в первую очередь для оперативного управления, а для политики в здравоохранении они были недостаточно детализированы. Несоответствие данных советского учета международным стандартам затрудняли корректное сравнение СССР с другими странами и обмен передовым зарубежным опытом.

Поэтому есть основания предположить, что основные проблемы советского здравоохранения: остаточный принцип финансирования, дисбаланс в распределении ресурсов и выраженное неравенство финансирования медицинской помощи между регионами и социальными группами населения – были обусловлены не недостатками советской модели как таковой, а низким качеством политики в здравоохранении, в том числе вследствие отсутствия необходимых статистических данных. Это позволяет поставить под сомнение научную обоснованность реформ 1990-х, построенных на нарративе о «низкой экономической эффективности» системы Н. Семашко, и предположить перспективной конвергенцию взаимодополняющих друг друга идей советского сквозного учета на основе LIB и западных ННА.

Почему такая конвергенция представляется достижимой?

Во-первых, с точки зрения целеполагания советский и западный метод являются взаимодополняющими. Данные ННА стран ОЭСР не интегрированы с бухгалтерским и управленческим учетом. Поэтому создание и работа ННА требует затратной подсистемы сбора и верификации данных, которые, однако, малопригодны для управления. Отсюда неспособность ННА помочь странам ОЭСР в эффективном контроле расходов на здравоохранение. Но при этом ННА предназначены для интеграции здравоохранения с остальной экономикой в рамках СНС, для международных сравнений и обеспечения политических (стратегических) реше-

ний в финансировании здравоохранения. Отсюда очевидные успехи этих стран в нивелировании дисбалансов и неравенства в финансировании медицинской помощи.

Напротив, в здравоохранении СССР сквозной метод LIB интегрирован с бухгалтерским и управленческим учетом и изначально был создан как инструмент не политики, а оперативного управления финансированием здравоохранения. Отсюда превосходные результаты СССР в контроле расходов на здравоохранение и в достижении всеобщего доступа к медицинской помощи при минимальных расходах. Однако LIB в его «советской» форме реализации не позволял оценить вклад здравоохранения в ВВП, препятствовал корректным международным сравнениям и давал ответственным руководителям крайне ограниченный набор отслеживаемых данных для принятия политических (стратегических) решений в финансировании здравоохранения.

Таким образом, с точки зрения целеполагания ННА стран ОЭСР и советский LIB отлично дополняют друг друга, решая проблемы и системные ограничения обоих подходов.

Во-вторых, у этих методов общая методология – кибернетический принцип декомпозиции (структурное разложение сложной системы расходов на здравоохранение на отдельные простые элементы – статьи, учетные категории или коды) и кросс-табуляции (матричного метода): классификация, систематизация и размещение данных по интегрированным друг с другом осям данных, что облегчает восприятие и анализ данных, поиск корреляции между ними.

При этом ННА по стандарту SHA 2010 имеют ощутимое преимущество перед советским форматом LIB как в классификации данных, так и в аппарате их анализа. В отличие от оперировавшего относительно простой классификацией данных «советского» LIB стандарт SHA 2011 учитывает сложность современного здравоохранения. Поэтому SHA 2011 обеспечивает гораздо более глубокую детализацию анализа факторов и элементов финансирования здравоохранения за счет масштабной и постоянно обновляемой системы классификации, тем самым развивая кибернетический принцип необходимого разнообразия. Это усложнение системы классификации данных потребовало развить аппарат их анализа методом кросс-табуляции.

Поэтому если «советский» LIB использовал преимущественно двумерные, плохо интегрированные друг с другом перекрестные таблицы, то ННА по стандарту SHA 2011 оперируют широким набором осей данных, системно интегрированных друг с другом большим числом перекрестных (матричных) двумерных, трехмерных и многомерных таблиц. При этом ННА адаптированы к рыночной экономике и сложной многоуровневой системе финансирования здравоохранения: использование двойной записи и учет по методу начисления. Однако можно использовать классификацию и мощный аналитический аппарат ННА при определении классификации статей и таблиц LIB.

В-третьих, ничто не мешает сочетать ННА со сквозным управлением всем циклом финансирования здравоохранения методом LIB, в том числе сделав его универсальным и альтернативным методом расчетов с медицинскими организациями. Тем самым будет решено главное системное ограничение ННА – отсутствие их интеграции с бухгалтерским

и управленческим учетом, исчезнет потребность в создании дорожающей дополнительной затратной бюрократической структуры, занятой сбором и верификацией данных.

В ходе неолиберальных реформ 1990-х LІВ был стигматизирован как «малоэффективный» метод расчетов за медицинскую помощь. В рамках настоящего исследования был проведен поиск зарубежных и российских источников, которые могли бы подтвердить такой взгляд на LІВ, опираясь не на субъективное мнение эксперта (или на ссылку на другой источник с таким мнением), а на объективные данные, – таких источников найдено не было. При этом реалии таковы, что сегодня LІВ является конвенциональной методологической основой любого квалифицированного метода финансового планирования, учета и контроля затрат – как в государстве, так и в бизнесе. Более того, сегодня LІВ в его разных вариантах является практически безальтернативным методом оплаты сложных услуг и проектов с высоким уровнем неопределенности и риска: строительство, инфраструктура, кораблестроение, энергетика и, разумеется, здравоохранение. Эксперты Всемирного банка признают, что LІВ был и остается популярным эффективным методом контроля затрат в здравоохранении, особенно в странах с низким доходом [Langenbrunner et al., 2009]. В ряде стран постатейный бюджет остается основным инструментом для обеспечения финансового контроля, прозрачности и предотвращения перерасхода средств в здравоохранении [Mon et al., 2025]. Постатейное бюджетирование по-прежнему демонстрирует устойчивость в секторе первичной медико-санитарной помощи, облегчая соблюдение нормативных требований, гарантируя стабильность финансирования базовых услуг и минимизируя управленческие риски, особенно при низком уровне цифровизации и/или низком качестве институтов [Pholpark et al., 2025].

При этом LІВ стал базой развития широкой линейки современных решений, которые нивелируют недостатки «классического» постатейного бюджета и максимально используют его преимущества: бюджетирование на основе деятельности (АВВ), программно-целевое бюджетирование (Program/Performance-Based Budgeting), бюджетирование с нулевой базой (Zero-based budgeting, ZBB), скользящий бюджет (Rolling budget), процессно-ориентированное бюджетирование (Active-Based Budgeting, АВВ) и др.

Методология постатейного тарифа LІВ соответствует специфике услуг здравоохранения – их сложности, вероятностному характеру эффективности, масштабным колебаниям спроса, себестоимости и структуры затрат. Представляется, что современное развитие информационных технологий может обеспечить более высокую точность, гибкость, адаптивность и возможность управления финансированием медицинской помощью методом LІВ по сравнению

с финансированием паушальными методами, которые предусматривают консолидацию всех затрат медицинской организации в одном тарифе: плату за услугу, подушевое финансирование, глобальный бюджет, оплату законченного случая (КСГ) и др. Наконец, LІВ подходит для расчетов за медицинскую помощь как с государственными, так и частными (коммерческими) медицинскими организациями, повышая прозрачность ценообразования и расчетов. В бизнес-практике статья сметы, которая отражает маржу (рентабельность) договора для подрядчика, обычно называется «сметная прибыль» (estimate profit) или «накладные расходы и прибыль».

Таким образом, есть основания полагать, что конвергенция двух исторически возникших в разных условиях подходов к учету финансовых ресурсов здравоохранения – СССР и стран ОЭСР – позволит сочетать в новом методе их лучшие стороны и нивелировать их проблемы. Задача состоит в создании новой системы финансирования хотя бы государственного сектора здравоохранения, где сквозной характер иерархически планируемых, используемых и контролируемых постатейных бюджетов в их современных интерпретациях (бюджетирование на основе деятельности, программно-целевое бюджетирование, бюджетирование, ориентированное на результат, бюджетирование с нулевой базой, скользящее или процессно-ориентированное бюджетирование) сочетается с их организацией по классификациям и в соответствии с интегрированными друг с другом осями данных SHA 2011.

Тем самым ННА из метода статистического ретроспективного наблюдения может превратиться в инструмент управления финансированием здравоохранения на основе данных.

Выводы

1. Анализ ситуации с внедрением и практическим использованием ННА свидетельствует о кризисном состоянии этой методологии: налицо низкий интерес к этому методу даже среди стран ОЭСР.

2. Первоисточник низкого интереса к ННА – отсутствие их сквозной End-to-End интеграции с бухгалтерским и управленческим учетом, что снижает точность, своевременность и ценность данных ННА, делая их малоприспособленными для управления.

3. Перспективным и достижимым путем превращения ННА из метода пассивного статистического ретроспективного наблюдения в инструмент управления на основе данных представляется их синтез (конвергенция) с разработанным в СССР методом сквозного управления финансированием здравоохранения с помощью иерархической системы постатейных бюджетов.

Литература

Политэкономика и инновации системы Николая Семашко как базис финансирования всеобщего охвата услугами здравоохранения в странах со средним и низким доходом: монография (2024). Москва, Академия труда и социальных отношений.

Попов Г.А. Экономика и планирование здравоохранения. Москва, Изд-во Московского университета, 1976.

Стародубов В.И., Флек В.О., Дмитриева Е.Д. (2007). Комплексная оценка финансирования здравоохранения Российской Федерации по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 год. Ч. 1. Менеджер здравоохранения, 10: 4–11.

- A system of health accounts 2011: Revised edition* (2017). Paris, OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264270985-en.
- A system of health accounts. Version 1.0* (2000). Paris, OECD Publishing. https://library.cystat.gov.cy/NEW/ICHA_OECD_EN.pdf.
- Berman P. (1997). National health accounts in developing countries: Appropriate methods and recent applications. *Journal of Health Economics*, 6: 11–30.
- Best practice in institutionalising health accounts: Learning from Experiences in 13 OECD Countries* (2025). Paris, OECD Publishing. DOI: 10.1787/cf997130-en.
- Colombo F., Morgan D. (2006). Evolution of health expenditure in OECD countries. *Revue française des affaires sociales*, 6: 19–42.
- Framework for assessing maturity of health accounts institutionalization* (2023). Geneva, World Health Organization.
- Global spending on health: A world in transition* (2019). Geneva, World Health Organization.
- Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (2003). Geneva, World Health Organization.
- Langenbrunner J. C., Cashin C., O’Dougherty S. (eds.) (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: How-to manuals*. Washington, DC, World Bank. DOI: 10.1596/978-0-8213-7815-1.
- Maeda A., Harrit M., Mabuchi S., Siadat B., Nagpal S. (2012). *Creating evidence for better health financing decisions: A strategic guide for the institutionalization of national health accounts*. Washington, DC, World Bank.
- Mon H., Pholpark A., Lim L. T., Tsilaajav T., Cruz V., Hanvoravongchai P. (2025). Financing and purchasing mechanisms of primary health care in Southeast Asia region: Findings from a scoping review. *SSM – Health Systems*, 5: 100132. DOI: 10.1016/j.ssmhs.2025.100132.
- Pholpark A., Mon H.M., Lim L.T., Tsilaajav T., de Oliveira Cruz V., Hanvoravongchai P. (2025). Challenging inadequate and fragmented primary health care financing: Findings from Bangladesh, Indonesia, Maldives, and Nepal. *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*, 38: 100613. DOI: 10.1016/j.lansea.2025.100613.
- Rathe M., Hernández P., Mosseveld C.V., Pescetto C., de Maele N.V. (2018). Health accounts from past to present for political arithmetic. *Revista Panamericana De Salud Publica - Pan American Journal Of Public Health*, 42: e89. DOI: 10.26633/RPSP.2018.89.
- Turcanu G., Domete S., Buga M., Richardson E. (2012). Republic of Moldova: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(7): 1–151.

References

- Political economy and innovations of the Nikolai Semashko system as a basis for financing universal health coverage in middle- and low-income countries: A monograph* (2024). Moscow, Academy of Labor and Social Relations. (In Russ.)
- Popov G.A. *Economics and healthcare planning*. Moscow, Publishing House of Moscow University, 1976. (In Russ.)
- Starodubov V.I., Flek V.O., Dmitrieva E.D. (2007). Comprehensive assessment of healthcare financing in the Russian Federation according to the version of the system of accounts for the period from 2000 to 2006. Part 1. *Healthcare Manager*, 10: 4-11. (In Russ.)
- A system of health accounts 2011: Revised edition* (2017). Paris, OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264270985-en.
- A system of health accounts. Version 1.0* (2000). Paris, OECD Publishing. https://library.cystat.gov.cy/NEW/ICHA_OECD_EN.pdf.
- Berman P. (1997). National health accounts in developing countries: Appropriate methods and recent applications. *Journal of Health Economics*, 6: 11-30.
- Best practice in institutionalising health accounts: Learning from Experiences in 13 OECD Countries* (2025). Paris, OECD Publishing. DOI: 10.1787/cf997130-en.
- Colombo F., Morgan D. (2006). Evolution of health expenditure in OECD countries. *Revue française des affaires sociales*, 6: 19-42.
- Framework for assessing maturity of health accounts institutionalization* (2023). Geneva, World Health Organization.
- Global spending on health: A world in transition* (2019). Geneva, World Health Organization.
- Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (2003). Geneva, World Health Organization.
- Langenbrunner J. C., Cashin C., O’Dougherty S. (eds.) (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: How-to manuals*. Washington, DC, World Bank. DOI: 10.1596/978-0-8213-7815-1.
- Maeda A., Harrit M., Mabuchi S., Siadat B., Nagpal S. (2012). *Creating evidence for better health financing decisions: A strategic guide for the institutionalization of national health accounts*. Washington, DC, World Bank.
- Mon H., Pholpark A., Lim L. T., Tsilaajav T., Cruz V., Hanvoravongchai P. (2025). Financing and purchasing mechanisms of primary health care in Southeast Asia region: Findings from a scoping review. *SSM - Health Systems*, 5: 100132. DOI: 10.1016/j.ssmhs.2025.100132.
- Pholpark A., Mon H.M., Lim L.T., Tsilaajav T., de Oliveira Cruz V., Hanvoravongchai P. (2025). Challenging inadequate and fragmented primary health care financing: Findings from Bangladesh, Indonesia, Maldives, and Nepal. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 38: 100613. DOI: 10.1016/j.lansea.2025.100613.

Rathe M., Hernández P., Mosseveld C.V., Pescetto C., de Maele N.V. (2018). Health accounts from past to present for political arithmetic. *Revista Panamericana De Salud Publica - Pan American Journal Of Public Health*, 42: e89. DOI: 10.26633/RPSP.2018.89.

Turcanu G., Domente S., Buga M., Richardson E. (2012). Republic of Moldova: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(7): 1-151.

Информация об авторах

Андрей Васильевич Рагозин

Кандидат медицинских наук, директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации (Москва, Россия). ORCID: 0000-0003-4645-8765; SPIN: 2402-4500.

Область научных интересов: экономика и организация здравоохранения, финансирование медицинской помощи, системы обязательного медицинского страхования, межбюджетные и межтерриториальные отношения в здравоохранении, государственная политика в сфере здравоохранения, институциональные и методологические аспекты оценки качества и безопасности медицинской помощи.

avragozin@fa.ru

Астхик Аркадьевна Хачатрян

Научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации (Москва, Россия). ORCID: 0000-0001-6493-680X; SPIN: 2695-2955.

Область научных интересов: региональная экономика и пространственное развитие, управление социально-экономическими системами, стратегический и операционный менеджмент, экономические ресурсы и их распределение, маркетинг территорий и организаций, устойчивое развитие регионов.

aahachatryan@fa.ru

About the authors

Andrey V. Ragozin

Candidate of medical sciences, director of the Center for Healthcare Organization, Financing, and Inter-Territorial Relations, Institute of Regional Economics and Inter-Budgetary Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0003-4645-8765; SPIN: 2402-4500.

Research interests: health economics and healthcare organization, financing of medical care, compulsory medical insurance systems, inter-budgetary and inter-territorial relations in health care, state healthcare policy, institutional and methodological aspects of assessing the quality and safety of medical care.

avragozin@fa.ru

Astghik A. Khachatryan

Researcher, Institute of Regional Economics and Inter-Budgetary Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0001-6493-680X; SPIN: 2695-2955.

Research interests: regional economics and spatial development, management of socio-economic systems, strategic and operational management, economic resources and their distribution, marketing of territories and organizations, sustainable development of regions.

aahachatryan@fa.ru

作者信息

Andrey V. Ragozin

医学副博士，俄罗斯联邦政府财政金融大学区域经济和预算间关系研究所的卫生组织、融资和地区间关系问题中心主任（俄罗斯莫斯科）。ORCID: 0000-0003-4645-8765; SPIN: 2402-4500。

研究领域：卫生经济和组织；医疗融资；强制医疗保险制度；卫生方面的预算间和区域间关系；国家卫生政策；评估医疗质量和安全的体制和方法方面。

avragozin@fa.ru

Astghik A. Khachatryan

俄罗斯联邦政府财政金融大学区域经济和预算间关系研究所研究员（俄罗斯莫斯科）。ORCID: 0000-0001-6493-680X; SPIN: 2695-2955。

研究领域：区域经济与空间发展；社会经济系统的管理；策略及运营管理；经济资源及其分布；地区及机构营销；区域可持续发展。

aahachatryan@fa.ru

Статья поступила в редакцию 22.10.2025; после рецензирования 16.11.2025 принята к публикации 20.11.2025. Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

The article was submitted on 22.10.2025; revised on 16.11.2025 and accepted for publication on 20.11.2025. The authors read and approved the final version of the manuscript.

文章于 22.10.2025 提交给编辑。文章于 16.11.2025 已审稿。之后于 20.11.2025 接受发表。作者已经阅读并批准了手稿的最终版本。