

**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі  
«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК**

**КЕЛІСЕМІН**

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі  
Стратегия және халықаралық  
ынтымақтастық департаментінің  
директоры

I. Бекіров  
«\_\_\_» 2019 ж.

**БЕКІТЕМІН**

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі  
«Денсаулық сақтауды дамыту  
республикалық орталығы» ШЖҚ  
РМК Бас директоры

A. Айыпханова  
«\_\_\_» 2019 ж.

**2019 жылдың III тоқсаны үшін  
«Денсаулық сақтау даму жүйесінде мемлекеттік саясат құру» 001  
бағдарламасы, «Денсаулық сақтау жүйесін реформалауды қолдау» 105  
кіші бағдарламасы  
2019 жылғы 28 ақпанды № 91 шарты бойынша есеп**

**1 тармақ. Денсаулық сақтаудың ұлттық шоттарын қалыптастыру және  
жетілдіру**

**Кіші тармақтар:**

- 1.2 «ҚР жалпы негізгі капиталын есепке алу әдіснамасының әзірлемесі»
- 1.5 Жыл сайын денсаулық сақтаудың өнірлік шоттарын құр
- 1.7 Ұлттық деңгейде ДСҰШ 5 кестесін қалыптастыру
- 1.9 Халықаралық стандарттарға сәйкестік мақсатында деректер көздерін жетілдіру
- 1.12 Негізгі капиталды тұтыну: ағымдағы жағдайды бағалаудың әдіснамалық негіздері және талдау (өнірлер және көмек нысандары бойынша)

**Келісілген:**  
ШЖҚ РМК  
Бас директор орынбасары

**З. Темекова**

**Жауапты орындаушы:**  
Медициналық көмекті  
қаржыландыруды жетілдіру  
бөлімінің басшысы

**К. Гайтова**

**Нұр-Султан қ., 2019 жылы**

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»**

**СОГЛАСОВАНО**

Директор Департамента  
стратегии и международного  
сотрудничества  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ И. Бакиров  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года

**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор  
РГП на ПХВ «Республиканский  
центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ А. Айыпханова  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года

**Отчет  
по Договору № 91 от 28 февраля 2019 года  
по программе 001 «Формирование государственной политики в  
области здравоохранения и социального развития»  
подпрограмме 105 «Поддержка реформирования системы  
здравоохранения» за III квартал 2019 года**

**Пункт 1. Формирование о совершенствование национальных счетов  
здравоохранения**

**Подпункты:**

- 1.2 Разработка методологии учета валового основного капитала РК
- 1.5 Ежегодное построение региональных счетов здравоохранения за 2018 год
- 1.7 Формирование 5 таблиц Национальных счетов здравоохранения на национальном уровне за 2018 год
- 1.9 Совершенствование источников данных с целью их соответствия международным стандартам
- 1.12 Потребление основного капитала: методологические основы оценки и анализ текущей ситуации (по регионам и формам помощи)

**Согласовано:**

Заместитель  
Генерального директора РЦРЗ

**3. Темекова**

**Исполнитель:**

Начальник отдела  
совершенствования  
финансирования медицинской  
помощи

**К. Гайтова**

**г. Нур-Султан, 2019 год**

## **Лист согласования**

к Отчету по Договору № 91 от 28 февраля 2019 г.  
За III квартал 2019 года

Подпункты:

- 1.2 Разработка методологии учета валового основного капитала РК
- 1.5 Ежегодное построение региональных счетов здравоохранения за 2018 год
- 1.7 Формирование 5 таблиц Национальных счетов здравоохранения на национальном уровне за 2018 год
- 1.9 Совершенствование источников данных с целью их соответствия международным стандартам
- 1.10 «Расчет и мониторинг целевых индикаторов проекта «Модернизация отрасли здравоохранения» и ключевых показателей инициатив проекта
- 1.12 Потребление основного капитала: методологические основы оценки и анализ текущей ситуации (по регионам и формам помощи)

№	Ф.И.О	Должность	Дата	Подпись
Министерство здравоохранения Республики Казахстан				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

## **Список исполнителей**

1. Начальник отдела  
макроэкономических исследований \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ Г. Загидуллина
2. Главный аналитик отдела совершенствования финансирования медицинской помощи \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ Б. Омирбаева
3. Ведущий менеджер сектора партнерского сотрудничества в области финансирования здравоохранения на базе Р4Н \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ А. Маратбаева

## **Оглавление**

Определения, обозначения и сокращения.....	6
1.2 Разработка методологии учета валового основного капитала РК.....	7
1.5 Ежегодное построение региональных счетов здравоохранения за 2018 год.....	32
1.7 Формирование 5 таблиц Национальных счетов здравоохранения на национальном уровне за 2018 год.....	162
1.9 Совершенствование источников данных с целью их соответствия международным стандартам.....	171
1.12 Потребление основного капитала: методологические основы оценки и анализ текущей ситуации (по регионам и формам помощи).....	207

## **Определения, обозначения и сокращения**

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Евростат	Статистическая служба Европейского союза
ИС СУКМУ	Информационная система «Система управления качеством медицинских услуг»
НБ РК	Национальный банк Республики Казахстан
КС МНЭ РК	Комитет по Статистике Министерства Национальной Экономики Республики Казахстан
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
МЗ	Министерство здравоохранения
ФОНД/ФСМС	НАО «Фонд социального медицинского страхования»
ФОТ	Фонд оплаты труда
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
МЭТ	Медико-экономический тариф
КЗГ	Клинико-затратная группа
КСГ	Клинико-статистические группы
КПН	Комплексный подушевой норматив
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ИС	Информационная система
ЦКПИЗ	Центр по контролю и профилактике инфекционных заболеваний
ССЗ 2011	Система Счетов Здравоохранения (2011)
ЕИСЗ	Единая Информационная Система Здравоохранения
СУКМУ	Система управления качеством медицинских услуг
ЭРСБ	Электронный регистр стационарных больных
СМП	Специализированная медицинская помощь
ЕПС	Единая платежная система
BEs	the Blood Establishments
BOs	the Blood Offices
SBDC	the State Blood Donors Centre
FS	Классификация доходов схем финансирования
HF	Классификация схем финансирования здравоохранения
HC	Классификация функций здравоохранения
HP	Классификация поставщиков медицинских услуг
OPM	Oxford Policy Management

## **1.2 Разработка методологии учета валового основного капитала РК**

Осведомленность о том, сколько система здравоохранения инвестирует в инфраструктуру, технику и оборудование, очень актуальна для разработки и анализа политики.

Кроме того, учет уже имеющихся активов тоже важен для планирования предстоящих капитальных затрат. Оснащенность медицинских организаций, износ зданий, машин и оборудования – все это является основой для планирования. Именно поэтому разработка методологии учета валового основного капитала является важным элементом в системе национальных счетов не только на национальном уровне, но и в секторе здравоохранения.

Данная методология была утверждена на Экспертном Совете РЦРЗ 30 сентября 2019 г. Протокол Экспертного совета прилагается.

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»**

**Методология учета валового капиталообразования  
системы здравоохранения РК**

**Нур-Султан, 2019 год**

**Авторы:**

**Темекова З. М.** – заместитель генерального директора РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

**Гайтова К. К.** – руководитель Центра экономики здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

**Загидуллина Г. Н.** – начальник отдела макроэкономических исследований Центра экономики здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

**Маратбаева А. А.** – ведущий менеджер сектора партнерского сотрудничества в области финансирования здравоохранения на базе Р4Н РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

Методология учета валового капитaloобразования системы здравоохранения РК / Темекова З.М., Гайтова К.К., Загидуллина Г.Н., Маратбаева А.А. // Нур-Султан: РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», 2019 г. – 28 стр.

Целью настоящей методологии является учет валового капитaloобразования системы здравоохранения РК путем построения таблицы НСЗ по капитальным расходам в разрезе видов активов и поставщиков услуг.

Пользователями данной методологии являются эксперты в области формирования НСЗ.

## **Оглавление**

Список сокращений и обозначений .....	11
Глава 1. Введение .....	12
Краткий обзор Национальных счетов здравоохранения.....	13
Актуальность формирования таблицы НСЗ в разрезе капитальных расходов .....	15
Глава 2. Международный опыт .....	17
Глава 3. Источники данных .....	20
Глава 4. Методология учета валового основного капитала в Казахстане.....	24
Валовое капиталообразование .....	24
Формирование таблицы НК-НР .....	26
Заключение .....	30
Использованная литература .....	31

## **Список сокращений и обозначений**

HC	Health care functions – Классификация функций здравоохранения
HF	Health care financing schemes – Классификация схем финансирования здравоохранения
HP	Health care providers – Классификация поставщиков медицинских услуг
HK	Capital account – Классификация валового основного капитала
FS	Financing schemes – Классификация доходов схем финансирования
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
КС МНЭ РК	Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан
НБ РК	Национальный банк Республики Казахстан
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
ССЗ 2011	Система Счетов Здравоохранения (2011)
ЕИСЗ	Единая Информационная Система Здравоохранения

## **Глава 1. Введение**

Национальные Счета Здравоохранения (НСЗ) представляют собой систему, позволяющую отслеживать все расходы в системе здравоохранения страны за определенный период времени, независимо от того какая организация или учреждение финансировало и управляло этими расходами. НСЗ генерирует согласованные и всеобъемлющие данные о финансовых потоках в здравоохранении страны, что, в свою очередь, способствует выработке политики на основе фактических данных.

Благодаря НСЗ, возможно отследить не только сами источники финансирования здравоохранения, но так же движение денежных потоков от источников до поставщиков медицинских услуг. Более того НСЗ позволяют увидеть затраты больниц, организаций управления здравоохранения и других медицинских поставщиков на определенные медицинские услуги такие как амбулаторное и стационарное лечение, лекарственные средства и другие.

Страны, которые используют НСЗ в качестве инструмента мониторинга финансовых потоков в здравоохранение, включая Казахстан, в настоящее время уже формируют таблицы НСЗ по источникам финансирования, поставщикам и функциям здравоохранения и начали разрабатывать и совершенствовать методы формирования НСЗ в разрезе заболеваний и капитальных расходов.

Так как планирование инфраструктуры здравоохранения является одной из значимых составляющих предоставления качественных медицинских услуг, и, понимая важность наличия данных в стратегическом планировании, настоящий отчет предлагает методику формирования таблицы НСЗ в разрезе капитальных расходов, основанной на Системе Счетов Здравоохранения 2011 года, разработанной ОЭСР совместно с Евростат и ВОЗ.

## **Краткий обзор Национальных счетов здравоохранения**

Технологические достижения, демографические перемены, быстро меняющаяся картина заболеваемости и смертности, а также возникновение таких проблем общественного здравоохранения, как особо опасные вирусные инфекции, все это призывает к более эффективному использованию ресурсов и во многих случаях требует большего объема ресурсов. Во многих странах услуги здравоохранения предоставляются комплексным и меняющимся сочетанием государственных и частных организаций (как коммерческих, так и некоммерческих). В такой ситуации, для повышения эффективности системы здравоохранения политикам требуется достоверная информация об источниках и использовании средств на здравоохранение в стране, по возможности сопоставимая с другими странами.

Национальные счета здравоохранения содействуют получению такой информации. Они отражают текущее использование ресурсов в системе здравоохранения. Это система регулярного, всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения страны. С их помощью обеспечиваются систематические расчеты и предоставление данных о расходах на здравоохранение. Национальные Счета Здравоохранения включают в себя информацию о расходах по всей Республике по 4 главным показателям: услугам здравоохранения, поставщикам медицинских услуг, схемам финансирования здравоохранения и доходам схем финансирования. Иными словами, они отражают, сколько, где, на что и для кого было израсходовано средств, каким образом расходы меняются на протяжении времени, и позволяют сопоставить их с расходами в странах, находящихся в аналогичных условиях.

НСЗ способствуют получению ответов на следующие вопросы:

- ✓ Как ресурсы мобилизуются и управляются в системе здравоохранения?
- ✓ Кто платит и сколько оплачено в системе финансирования здравоохранения?
- ✓ Кто предоставляет товары и услуги, и какие ресурсы они используют?
- ✓ Как финансирование здравоохранения распределено через различные услуги и действия, которые производит система здравоохранения?
- ✓ Кто извлекает выгоду из расходов здравоохранения?

НСЗ могут играть существенную роль в оценке успеха системы здравоохранения и в идентификации возможностей для улучшения.

НСЗ дополняют другие информационные системы, чтобы предоставить более полную картину оценки системы здравоохранения. Благодаря сходству между способами расчета, лежащими в основе НСЗ и системой национальных счетов, используемых для оценки валового внутреннего продукта (ВВП) страны, НСЗ позволяют интерпретировать отношения между расходами на здравоохранение и общим объемом производства экономики

PK. НСЗ могут помочь в понимании ролей правительства, промышленности, домашних хозяйств и внешних организаций в осуществлении финансирования здравоохранения. Благодаря использованию классификации поставщиков здравоохранения, НСЗ демонстрируют связи между финансированием и предоставлением товаров и услуг здравоохранения.

## **Актуальность формирования таблицы НСЗ в разрезе капитальных расходов**

Наличие надежной и актуальной информации о капитальных расходах в системе здравоохранения является мощным инструментом для принятия решений о финансировании здравоохранения и реформы политики здравоохранения. В Системе Счетов Здравоохранения 2011 (ССЗ 2011) капитальные расходы, понесенные в течение отчетного периода, называются «валовым капиталообразованием» [1]. Обычно таблицы НСЗ формируются каждый год и включают расходы, понесенные в течение года, что, в свою очередь, дает возможность проведения анализа временных рядов, прогнозирования будущих потоков инвестиций и построения корреляции между оснащенностью и показателями системы здравоохранения. Так как структура и методология, которые лежат в основе системы НСЗ, являются международно-признанными стандартами, по которым так же формируют счета многие страны, данную информацию можно использовать для сравнения корреляций между капитальными затратами и уровнем здравоохранения разных стран. Более того, имея временной ряд инвестиций, будет возможность посчитать запас основного капитала в здравоохранении, применяя *метод постоянной инвентаризации* (Perpetual Inventory Model-PIM), который используется статистическими агентами.[8] Известно, что Комитет Статистики Министерства Национальной Экономики так же ведет статистику запаса основного капитала в здравоохранении. Информация доступна отдельно в разрезе областей, отдельно в разрезе видов активов (здания, земля, оборудование) и отдельно по видам поставщиков медицинских услуг (больницы, стоматологии, прочие). Недостатком является то, что их невозможно правильно интегрировать. Преимуществом расчета, основанного на валовом капиталообразовании НСЗ, является доступность более подробной информации. Например, можно будет увидеть запасы основного капитала для одной области в разрезе всех поставщиков медицинских услуг, например стационарных медицинских учреждений, скорой помощи и разделить на более подробные виды активов (мед.оборудование, компьютерное оборудование, и т.д). Для того чтобы понять, как данные о валовом капиталообразовании способствуют получению данных о запасе основных средств, необходимо ознакомиться с базовой моделью PIM. Базовая модель основывается на простой идее, что запасы представляют собой совокупные потоки инвестиций, скорректированные с учетом выбытия и потери эффективности. Чистый основной капитал в начале периода  $t$ ,  $K_t$ , можно выразить как функцию от чистого основного капитала в начале периода  $t-1$ ,  $K_{t-1}$ , валового капиталообразования за предыдущий период,  $I_{t-1}$  и потреблением основного капитала,  $D_{t-1}$  [9].

$$K_t = K_{t-1} + I_{t-1} - D_{t-1}$$

*K<sub>t</sub> – чистый основной капитал в начале периода t*

*K<sub>t-1</sub>* – чистый основной капитал в начале периода *t-1*

*D<sub>t-1</sub>* – потребление основного капитала или амортизация

*I<sub>t-1</sub>* – валовое капиталообразование

Предположив, что потребление основного капитала начисляется согласно геометрической прогрессии с фиксированной ставкой,  $\delta$ , предыдущее уравнение можно преобразовать в следующий вид:

$$K_t = (1 - \delta)K_{t-1} + I_{t-1}$$

Неоднократно подставляя это уравнение для основного капитала в начале периода, *t-1*,

*K<sub>t-1</sub>*, получится следующая весовая функция:

$$K_t = \sum_{i=0}^{\infty} (1 - \delta)^i I_{t-(i+1)}$$

Таким образом, мы видим, что валовое капиталообразование является инструментом для принятия решений в финансировании здравоохранения, как в качестве отдельного показателя, так и способствующего формированию других показателей, необходимых для анализа производительных мощностей системы здравоохранения и информирования реализации политики.

## **Глава 2. Международный опыт**

В настоящее время разработка таблицы НК-НР, включающую капитальные расходы, распределенные по видам активов и поставщиков медицинских услуг, находится на начальных этапах в странах, применяющих НСЗ. ОЭСР провел опрос среди 9 стран, (Австралия, Австрия, Канада, Чехия, Исландия, Израиль, Португалия, Великобритания, Америка) касательно формирования таблицы НК-НР для оценки имеющихся и потенциальных данных [2]. Итоги опроса отражены в Таблице 1.

Источниками данных для формирования таблиц НСЗ в этих странах являются опросы, отчеты о бюджете и различные данные статистических агентств. Практически все страны обладают информацией о валовом капиталообразовании для всех экономических отраслей, в том числе здравоохранения, и в разрезе некоторых поставщиков медицинских услуг. Так же многие страны могут предоставить информацию по капиталообразованию в разрезе видов активов, а именно инфраструктура, машины и оборудование, и продукты интеллектуальной собственности. Однако только НСЗ Австрии, Чехии и Америки включают более детальное разветвление по машинам и оборудованию, точнее могут включать информацию о транспортном оборудовании в таблицу НК-НР.

Канада, Чехия, Израиль и Великобритания ведут более детальную статистику для больниц (НР.1) по видам активов, тогда как статистические данные Америки включают только агрегированные суммы для всех поставщиков услуг.

В Канаде национальные счета здравоохранения формирует Национальное статистическое агентство. Для построения таблицы НСЗ по капитальным расходам оно использует «Ежегодный опросник капитальных расходов и ремонта», который проводится дважды в год и собирает информацию об инвестициях, незавершенном строительстве, сроках полезной службы, капитальном ремонте, выбытиях и других показателях [7]. Информацию можно увидеть для таких видов активов, как земля, жилые и нежилые здания, нежилые инженерные здания, машины и оборудование, программное обеспечение. Пример опросника можно увидеть ниже (Рис.1)[10].

Capital expenditures				
2018 preliminary estimate				
	New assets including financial leases Include: used fixed assets if imported	Purchase of used canadian assets	Renovation, retrofit refurbishing, overhauling, restoration	Total capital expenditures (sum of columns 2, 3 and 4)
Columns 1	2	3	CAN\$ '000	5
1. Land	\$ F80028 ,000			
2. Residential construction	\$ F80029 ,000	\$ F80035 ,000		
3. Non-residential building construction	\$ F80031 ,000	\$ F80036 ,000	\$ F80042 ,000	\$ F80170 ,000
4. Non-residential engineering construction	\$ F80032 ,000	\$ F80037 ,000	\$ F80043 ,000	\$ F80180 ,000
5. Machinery and equipment (Exclude: Software)	\$ F80033 ,000	\$ F80038 ,000	\$ F80044 ,000	\$ F80190 ,000
6. Software	\$ F80073 ,000	\$ F80074 ,000	\$ F80075 ,000	\$ F80270 ,000

*Рисунок 1 – Ежегодный опросник капитальных расходов и ремонта Канады.*

В Австралии учет расходов системы здравоохранения по источникам финансирования и поставщиком услуг уже ведется с 1960 годов. До 1998 годов учет велся по методологии Австралийских национальных счетов здравоохранения (ANHA), и с 1998 года учет адаптировали под ССЗ[5]. Таблицы НСЗ формируются Австралийским институтом здравоохранения и социального обеспечения (AIHW), который так же использует комбинацию различных данных для их формирования. Для построения таблицы НК-НР, AIHW использует данные, разработанные Австралийским Бюро Статистики (ABS). Источник информации о капитальных расходах государственных организаций является Статистика Государственных Финансов (GFS), а так же частные и государственные организации заполняют опросник «Обзор экономической активности», где так же есть данные об инвестициях в основной капитал[6].

*Таблица 1 – Результаты опросы стран по таблице НК-НР<sup>1</sup>*

	НР.1	НР.2	НР.3	НР.4	НР.5	НР.6	НР.7	НР.8	
	Больничные организации	Учреждения длительного уходы	Поставщики амбулаторных мед.услуг	Организации, предоставляющие доп.услуги	Поставщики и продавцы мед.товаров	Организации, оказывающие профилактические услуги	Организации управления здравоохранением	Прочие сектора экономики	Всего
<b>НК.1 Валовое капиталообразование</b>									
<b>  НК.1.1 Валовое накопление основного капитала</b>									
НК.1.1.1 Инфраструктура									
НК.1.1.1.1 Жилые и нежилые здания									
НК.1.1.1.2 Прочие строения									
НК.1.1.2 Машины и оборудование									
НК.1.1.2.1 Медицинское оборудование									
НК.1.1.2.2 Транспортное оборудование									
НК.1.1.2.3 ИКТ оборудование									
НК.1.1.2.4 Машины и оборудование, (н.в.д.к.)									
НК.1.1.3 Продукты интеллектуальной собственности									
НК.1.1.3.1 Компьютерное базовое обеспечение и базы данных									
НК.1.1.3.2 Продукты интеллектуальной собственности, (н.в.д.к.)									
НК.1.2 Изменения в товарно- материалных запасах									
НК.1.3 Приобретения за минусом выбытия от материальных ценностей									
<b>НК.2 Непроизводственные нефинансовые активы</b>									
НК.2.1 Земля									
НК.2.2 Прочие непроизводственные нефинансовые активы									

<sup>1</sup> Закрашенные ячейки означают, что хотя бы одна страна может предоставить такие данные.

## Глава 3. Источники данных

Существуют разные подходы сбора данных для формирования таблиц НСЗ. Анализируя практику построения таблицы НК-НР в других странах и исходя из опыта Центра Экономики Здравоохранения по формированию других таблиц НСЗ, лучше всего использовать комбинацию нескольких источников данных, так как каждый имеет преимущества и недостатки. В следующем параграфе кратко описываются несколько подходов сбора информации для формирования таблицы НК-НР.

- *Информация финансирующего агента.* Данные о капитальных затратах формируются из отчетов, бюджета или других документов о капитальных трансферах источников финансирования, чаще всего это государство. В случае Казахстана, эти данные можно увидеть в отчетах об исполнении республиканского и местных бюджетов. Однако, проблема в том, что бюджет может показать только часть стоимости основного средства, и поставщик медицинских услуг может приобрести активы на сбереженные средства или другие трансферты. Еще одним недостатком является то, что в этих отчетах нет информации в разрезе типов приобретенных активов. Более того используя только этот источник информации, мы не получим данные о стоимости списанных или реализованных активов.
- *Финансовые отчетности поставщиков услуг здравоохранения.* Этот метод включает в себя использование «балансовой стоимости» основных средств. То есть, балансовая стоимость на конец отчетного периода за минусом балансовой стоимости на начало отчетного периода будет равна расходам на приобретение основных средств за вычетом реализаций. Этот способ так же можно использовать для ТМЗ. Но недостаток этих данных в том, что нет никакой информации о финансирующих агентах, более того, не все медицинские учреждения загружают свои финансовые отчетности в Депозитарий финансовой отчетности РК.
- *Отчет о финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения,* публикуемый Комитетом Статистики содержит информацию о капитальных затратах по типу затрат, то есть расходы на приобретение основных средств, выбытие и капитальный ремонт. Так же есть какая информация о поставщиках медицинских услуг, а именно, все расходы делятся на затраты больниц, общей врачебной практики, специальной врачебной практики, стоматологий и прочее. Однако, в отчете отсутствует информация о том, какие именно основные средства были приобретены и как они были профинансираны. Более того, используя этот источник, мы не сможем получить данные в разрезе областей, что не будет иметь смысла, так как не будет возможно проводить сравнительные анализы между регионами.

➤ *Данные по основным фондам* Казахстана, так же формируемые Комитетом статистики, включают в себя информацию о существующем запасе основных средств в разрезе областей и отраслей экономики. Недостатком данного статистического документа является отсутствие отображения информации по видам активов и по отрасли.

Стоит отметить, что нами также были проанализирована информация, доступная на портале Единой Информационной Системы Здравоохранения, но, к сожалению, она также не содержит данных касательно инвестиций в разбивке по видам фиксированных активов.

Проанализировав все возможные источники данных, мы предлагаем форму для заполнения медицинским поставщикам, которая будет выглядеть следующим образом (Таблица 2).

**Таблица 2 – Форма для заполнения медицинскими учреждениями**

<b>Вид активов</b>	<b>Движения за отчетный период</b>			<b>Баланс</b>		<b>Амортизация</b>	
	Приобретения новых активов (включая финансовый лизинг)	Капитальный ремонт	Выбытия/списания	Первоначальная стоимость на начало отчетного периода	Первоначальная стоимость на конец отчетного периода	На начало отчетного периода	На конец отчетного периода
<i>В тыс.тенге</i>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Основные средства:</b>							
Земля							
Здания							
Сооружения							
Незавершенное строительство							
Медицинское оборудование							
Транспортные средства							
Компьютерное оборудование и офисная техника							
Прочие основные средства							
<b>Нематериальные активы</b>							
<b>Запасы</b>							

#### *Движения за отчетный период*

- Сумма приобретенных новых активов (включая финансовый лизинг) должна указываться по первоначальной стоимости, без учета НДС и накопленной за отчетной период амортизации;

- Сумма *капитального ремонта* должна включать сумму, на которую повысилась первоначальная стоимость основных средств в результате капитального ремонта;
- Сумма *выбытий/ списаний* должна отражать сумму списанных, ликвидированных и реализованных активов, отражаемых по первоначальной стоимости без учета списанной амортизации.

Благодаря данной таблице будет возможным получать информацию по капитальным затратам для поставщиков НР.1-НР.4 и НР.6. Для учреждений, оказывающих торговлю медицинскими товарами (НР.5), а именно лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, нами используется финансовая отчетность «СК-Фармации», в частности пояснительная записка к основным средствам и отчет о движении денежных средств. Стоит отметить, что получить данные о капитальных затратах всех аптек и других учреждений по республике невозможно. Для отображения данных по организациям управления здравоохранением (НР.7) используется консолидированная отчетность Министерства Здравоохранения. В результате чего становится возможным формирование таблицы НСЗ по капитальным расходам системы здравоохранения (Таблица 3). Однако, в этой таблице не будут отображены капитальные расходы частных медицинских учреждений, ввиду того что, получить данные по всем организациям невозможно.

**Таблица 3 – НК-НР для системы здравоохранения РК**

	Поставщики услуг здравоохранения								Всего
	НР.1	НР.2	НР.3	НР.4	НР.5	НР.6	НР.7	НР.8	
Больничные организаци	Учреждения длительного уходы	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	Организации, предоставляю щие доп. услуги	Поставщики и продавцы медицинских товаров	Организации, оказывающие профилактически е услуги	Организации управления здравоохранение м	Прочие сектора экономики		
<b>НК.1 Валовое капитaloобразование</b>									
<b>НК.1.1 Валовое накопление основного капитала</b>									
НК.1.1.1 Инфраструктура									
НК.1.1.1.1 Жилые и нежилые здания									
НК.1.1.1.2 Прочие строения									
НК.1.1.2 Машины и оборудование									
НК.1.1.2.1 Медицинское оборудование									
НК.1.1.2.2 Транспортное оборудование									
НК.1.1.2.3 ИКТ оборудование									
НК.1.1.2.4 Машины и оборудование, (н.в.д.к.)									
НК.1.1.3 Продукты интеллектуальной собственности									
НК.1.1.3.1 Компьютерное базовое обеспечение и базы данных									
НК.1.1.3.2 Продукты интеллектуальной собственности, (н.в.д.к.)									
<b>НК.1.2 Изменения в товарно-материальных запасах</b>									
<b>НК.1.3 Приобретения за минусом выбытия от материальных ценностей</b>									
<b>НК.2 Непроизводственные нефинансовые активы</b>									
НК.2.1 Земля									
НК.2.2 Прочие непроизводственные нефинансовые активы									
<b>НК.нес Прочее валовое накопление основного капитала</b>									

## **Глава 4. Методология учета валового основного капитала в Казахстане**

### **Валовое капиталообразование**

Согласно Системе Счетов Здравоохранения 2011 года, методологии формирования национальных счетов здравоохранения, разработанной ОЭСР совместно с Евростат и ВОЗ, **валовое капиталообразование** – это сумма инвестиций в инфраструктуру, технику и оборудование здравоохранения, измеряемая суммой трех компонентов:

- *Валового прироста (накопления) основного капитала* (например, машины скорой помощи, мед.оборудование);
- *Изменений в товарно-материальных запасах* (например, лекарственные средства, вакцины);
- *Приобретений за вычетом списанных материальных ценностей* (например, картины или другие произведения искусства)[1].

**Валовое накопление основного капитала** обычно имеет самую большую долю в валовом капиталообразовании и измеряется как сумма основных средств, приобретённых организациями, поставляющими медицинские услуги, за вычетом суммы списанных основных средств в течение отчетного периода. В соответствии с международным стандартом финансовой отчетности (МСФО) основные средства определяются как фиксированные активы, используемые в производстве основной деятельности, в данном случае производстве медицинских услуг, регулярно и непрерывно в течение периода, превышающего 12 месяцев[3].

Методология счетов здравоохранения предлагает формировать валовый прирост основного капитала по типам нефинансовых фиксированных активов, указанных в таблице 4.

**Таблица 4 – Классификация валового накопления основного капитала по типу активов и примеры**

<b>Виды активов</b>
НК.1.1.1 Инфраструктура
НК.1.1.1.1 Жилые и нежилые здания
НК.1.1.1.2 Прочие строения
НК.1.1.2 Машины и оборудование
НК.1.1.2.1 Медицинское оборудование
НК.1.1.2.2 Транспортное оборудование
НК.1.1.2.3 Информационно-коммуникационное и телекоммуникационное оборудование
НК.1.1.2.4 Машины и оборудование, не вошедшие в другие категории
НК.1.1.3 Продукты интеллектуальной собственности
НК.1.1.3.1 Компьютерное базовое обеспечение и базы данных
НК.1.1.3.2 Продукты интеллектуальной собственности, не вошедшие в другие категории (н.в.д.к.)

При расчете валового накопления основного капитала важно учитывать следующие нюансы.

1. Право собственности. В капиталообразовании нужно учитывать только те основные средства, которые находятся в законной собственности учреждения, предоставляющего медицинские услуги. В случае если поставщик медицинских услуг эксплуатирует арендованное оборудование, это оборудование учитывается только в случае перехода права собственности этому же поставщику после истечения срока аренды, т.е. в случае финансового лизинга. В случае операционного лизинга стоимость оборудования не учитывается как капитальные расходы.

2. Незавершенное строительство. Если строительство основных средств, например, здания больницы, планируется на долгий период времени, оно будет учитываться в капиталообразовании при наличии двух условий: а) известен будущий собственник и б) произведение поэтапной выплаты. В данном случае, капитальными расходами за отчетный период будут считаться выплаты, которые были осуществлены в том же периоде, а не вся сумма основного средства.

3. Собственность нерезидента. В случае, когда граждане Казахстана пользуются услугами здравоохранения в другой стране, затраты не учитываются в НСЗ. Однако, здание больницы на территории страны, даже в случае если собственник здания не является резидентом, будет учитываться в НСЗ Казахстана.

4. Основная деятельность. Нужно внимательно изучать капитальные расходы тех поставщиков, чья основная деятельность не является предоставлением медицинских услуг. Если основное средство используется учреждением регулярно или непрерывно для предоставления услуг здравоохранения, тогда оно должно учитываться в НСЗ независимо от того, что это не является ли это основной деятельностью учреждения.

5. Недорогие основные средства. Основные средства имеющие низкую стоимость, например, градусники, не включается в валовое накопление ОК. Некоторые страны определяют минимальную сумму, выше которой основные средства должны учитываться в НСЗ.

6. Капитальный ремонт. Стоит отметить разницу между текущим и капитальным ремонтом, так как текущий ремонт не включается в НСЗ. Капитальный ремонт повышает производительность, мощность, срок полезной службы основного средства, и соответственно, эти расходы включаются в НСЗ.

**Изменения в товарно-материальных запасах.** Согласно МСФО, ТМЗ - это активы, находящиеся в собственности учреждения и хранящиеся для продажи в ходе обычной деятельности, или находящиеся в процессе производства для такой продажи, а так же находящиеся в виде сырья или материалов, которые будут употребляться в процессе производства или оказания услуг[4]. В валовом капиталообразовании учитывается стоимость ТМЗ, возникших в отчетном периоде, за вычетом стоимости списанных,

утерянных, изъятых активов в соответствующем периоде. Создатели ССЗ 2011 так же рекомендуют учитывать только значительные расходы на ТМЗ.

**Приобретения материальных ценностей за вычетом реализации.** В НСЗ должны учитываться материальные ценности, которые приобретаются в отчетном периоде и используются в предоставлении услуг здравоохранения. Например, в некоторых странах есть практика приобретения картин для пожилых людей, находящихся на лечении, или тех, кто находится в психиатрических больницах для успокоения.

### **Формирование таблицы НК-НР**

Настоящий отчет описывает методологию построения таблицы НСЗ по капитальным расходам в разрезе видов активов и поставщиков услуг здравоохранения (Таблица 5), которая называется НК-НР.

По вертикали расположены категории активов (НК) и по горизонтали расположены поставщики услуг здравоохранения (НР).

#### **Категории активов.**

Стоит еще раз отметить, что в валовом капиталообразовании включаются **суммы приобретенных активов за вычетом суммы ликвидированных/ списанных/ реализованных активов** за отчетный период.

##### **НК.1.1. Валовое накопление основного капитала.**

###### **НК.1.1.1 Инфраструктура.**

**НК.1.1.1.1 Жилые и нежилые здания.** Эта категория включает в себя жилые и нежилые здания поставщиков медицинских услуг, таких как здания больниц, амбулаторных учреждений и другие.

**НК.1.1.1.2 Прочие строения.** К этой категории относятся активы, не включенные в НК.1.1.1.1. Например, учреждения для взлета и посадки вертолетов санавиации и другие.

*Таблица 5 – НСЗ - Счет операций с капиталом[2]*

	НР.1	НР.2	НР.3	НР.4	НР.5	НР.6	НР.7	НР.8	Всего
	Больничные организации	Учреждения длительного ухода	Поставщики амбулаторных мед. услуг	Организации, предоставляющие доп. услуги	Поставщики продавцы медицинских товаров	Организации оказывающие профилактические услуги	Организации управления здравоохранением	Прочие сектора экономики	
<b>НК.1 Валовое капиталаобразование</b>									
<b>    НК.1.1 Валовое накопление основного капитала</b>									
НК.1.1.1 Инфраструктура									
НК.1.1.1.1 Жилые и нежилые здания									
НК.1.1.1.2 Прочие строения									
НК.1.1.2 Машины и оборудование									
НК.1.1.2.1 Медицинское оборудование									
НК.1.1.2.2 Транспортное оборудование									
НК.1.1.2.3 ИКТ оборудование									
НК.1.1.2.4 Машины и оборудование, (н.в.д.к.)									
НК.1.1.3 Продукты интеллектуальной собственности									
НК.1.1.3.1 Компьютерное базовое обеспечение и базы данных									
НК.1.1.3.2 Прочие Продукты интеллектуальной собственности,									
НК.1.2 Изменения в товарно-материальных запасах									
НК.1.3 Приобретения за минусом выбытия от материальных ценностей									
<b>НК.2 Непроизводственные нефинансовые активы</b>									
НК.2.1 Земля									
НК.2.2 Прочие непроизводственные нефинансовые активы									
<b>НК.3 Прочее валовое накопление основного капитала (н.в.д.к.)</b>									

### *НК.1.1.2 Машины и оборудование.*

*НК.1.1.2.1 Медицинское оборудование.* К этой категории относятся диагностические, терапевтические, жизнеподдерживающее, лабораторные, хирургические и другие оборудования, используемые для диагностики, мониторинга лечения медицинских состояний. Например, ультразвуковые датчики, магнитно-резонансные томографы, инфузионные насосы, аппаратура диализа, койки больничного типа и другие.

### *НК.1.1.2 Машины и оборудование.*

*НК.1.1.2.1 Медицинское оборудование.* К этой категории относятся диагностические, терапевтические, жизнеподдерживающее, лабораторные, хирургические и другие оборудования, используемые для диагностики, мониторинга лечения медицинских состояний. Например, ультразвуковые датчики, магнитно-резонансные томографы, инфузионные насосы, аппаратура диализа, койки больничного типа и другие.

*НК.1.1.2.2 Транспортное оборудование.* В эту категорию входят машины скорой медицинской помощи, транспорт передвижного медицинского комплекса, сан авиация и другие транспортные средства, при помощи которых оказывают медицинские услуги.

*НК.1.1.2.3 ИКТ оборудование.* К информационно-коммуникационным и телекоммуникационным оборудованием относятся устройства, использующие электронный контроль, например, компьютеры, микрофоны и другие.

*НК.1.1.2.4 Машины и оборудование, не вошедшие в другие категории.* Например, кухонное оборудование, используемое в больницах, система охранного видеонаблюдения.

### *НК.1.1.3 Продукты интеллектуальной собственности.*

*НК.1.1.3.1 Компьютерное базовое обеспечение и базы данных.* Различные компьютерные программы и лицензии, обеспечивающие основную деятельность, входят в эту категорию.

*НК.1.1.3.2 Продукты интеллектуальной собственности, не вошедшие в другие категории.* Прочие продукты интеллектуальной собственности.

В учете валового капиталаобразования **НК.1.2. Изменения в товарно-материальных запасах** и **НК.1.3 Приобретения за минусом выбытия от материальных ценностей** не делятся по видам активов, в связи с тем, что получение таких данных является почти невозможным, и агрегированные данные бывают доступнее.

## *НК.2 Непроизводственные нефинансовые активы.*

*НК.2.1. Земля.* Например, земельные участки, относящиеся к зданиям больницы

*НК.2.2 Прочие непроизводственные нефинансовые активы.* К этой категории относятся непроизводственные активы помимо земельных участков. Например, участки природных недр, патенты на объекты и прочие НА.

## **Поставщики услуг здравоохранения.**

**НР.1 Больничные организации.** В эту категорию входят стационары, то есть лицензированные учреждения, занимающиеся, главным образом, предоставлением медицинских, диагностических и лечебных услуг стационарным пациентам.

Согласно ССЗ 2011, данную категорию далее можно разделить на 3 подкатегории:

- Больницы общего профиля (например, районные, областные больницы и др.),
- Психиатрические больницы
- Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц, например, родильные дома, противотуберкулезные больницы и др.).

**НР.2 Учреждения длительного ухода.** Эта категория включает в себя учреждения, которые предоставляют долгосрочные медицинские и социальные услуги по месту проживания, и охватывают сестринский уход, попечительского надзора и другие виды услуг. Примерами могут быть дома престарелых с сестринским уходом, учреждения для душевнобольных и наркозависимых и другие.

**НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг.** Учреждения, входящие в эту категорию, предоставляют амбулаторные услуги пациентам, которые не нуждаются в стационарной помощи. Примеры могут включать себя стоматологические кабинеты, кабинеты специалистов общей практики и узкого профиля, например остеопатия, гинекология, центры гемодиализа и другие.

**НР.4 Организации, предоставляющие дополнительные медицинские услуги.** Эта категория охватывает, учреждения, которые оказывают дополнительные услуги, не входящие в эпизод лечения. Например, поставщики услуг транспортировки пациентов, лаборатории и другие.

**НР.5 Предприятия розничной торговли и другие поставщики медицинских услуг.** В эту категорию входят учреждения, занимающиеся розничной торговлей медицинских товаров. Например, аптеки, оптики и другие.

**НР.6 Организации, оказывающие профилактические услуги.** В данную категорию входят учреждения, организующие профилактические программы, кампании здорового образа жизни. К ним относятся центры по гигиене и охране труда, институты по инфекционным заболеваниям и прочие.

**НР.7 Организации управления здравоохранением.** Данная категория охватывает учреждения, занимающиеся управлением и администрированием системы здравоохранения. Например, Министерство здравоохранения, местные органы здравоохранения и другие.

**НР.8 Прочие сектора экономики.** Данный пункт включает в себя все остальные поставщики, не вошедшие в вышеуказанные категории.

## **Заключение**

Данная методология определяет стандартизованный и усовершенствованный метод классификации данных валового основного капитала в Национальных счетах здравоохранения в Казахстане.

Построение счетов капитала является важной составляющей всей методологии НСЗ, поскольку наличие надежной и актуальной информации о капитальных расходах в системе здравоохранения является мощным инструментом для принятия решений о финансировании здравоохранения и реформы политики здравоохранения.

Таким образом, счета капитала в здравоохранении представляют полное видение структуры расходов по определенным видам активов в разрезе поставщиков медицинских услуг, систематическое описание финансовых потоков, связанных с потреблением основного капитала в системе здравоохранения Республики Казахстан.

## **Использованная литература**

1. ОЭСР, Евростат, ВОЗ (2011), Система Счетов Здравоохранения
2. ОЭСР (2012), “Implementing the capital account in SHA 2011”
3. Международные Стандарты Финансовой отчетности, IAS 16 «Основные средства»
4. Международные Стандарты Финансовой отчетности, IAS 2 «Запасы»
5. Australian Institute of Health and Welfare (2003), Australian national health and welfare accounts
6. Australian Bureau of Statistics (2015), Australian System of National Accounts: Concepts, Sources and Methods
7. Orosz, E., & Morgan, D. (2004). SHA based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis.
8. Oulton, N., & Srinivasan, S. (2003). Capital stocks, capital services, and depreciation: an integrated framework.
9. Berleemann, M. & Wesselhöft, J. (2016). Estimating Aggregate Capital Stocks Using the Perpetual Inventory Method. *Review of Economics*, 65(1), pp. 1-34
10. Integrated Business Statistics Program, Annual Capital Expenditure Survey, Canada

# **1.5 Ежегодное построение региональных счетов здравоохранения за 2018 год**

## **Оглавление**

Акмолинская область.....	36
HF-FS.....	34
HF-HC.....	35
HF-HP.....	37
HP-HC.....	39
Актюбинская .....	40
HF-FS.....	40
HF-HC.....	41
HF-HP.....	43
HP-HC.....	45
Алматинская.....	42
HF-FS.....	46
HF-HC.....	47
HF-HP.....	49
HP-HC.....	51
Атырауская.....	53
HF-FS.....	53
HF-HC.....	54
HF-HP.....	57
HP-HC.....	59
Восточно-Казахстанская.....	60
HF-FS.....	60
HF-HC.....	61
HF-HP.....	64
HP-HC.....	66
Жамбылская.....	68
HF-FS.....	68
HF-HC.....	69
HF-HP.....	71
HP-HC.....	73
Западно-Казахстанская .....	75
HF-FS.....	75
HF-HC.....	76
HF-HP.....	79
HP-HC.....	81
Карагандинская .....	83
HF-FS.....	83
HF-HC.....	84
HF-HP.....	87
HP-HC.....	89
Костанайская.....	91
HF-FS.....	91

HF-HC.....	92
HF-HP.....	95
HP-HC.....	97
Кызылординская.....	99
HF-FS.....	99
HF-HC.....	100
HF-HP.....	103
HP-HC.....	105
Мангистауская .....	107
HF-FS.....	107
HF-HC.....	108
HF-HP.....	111
HP-HC.....	113
Павлодарская .....	115
HF-FS.....	115
HF-HC.....	116
HF-HP.....	119
HP-HC.....	121
Северо-Казахстанская.....	123
HF-FS.....	123
HF-HC.....	124
HF-HP.....	127
HP-HC.....	129
Туркестанская.....	131
HF-FS.....	131
HF-HC.....	132
HF-HP.....	135
HP-HC.....	137
г. Алматы.....	139
HF-FS.....	139
HF-HC.....	140
HF-HP.....	142
HP-HC.....	144
г. Нур-Султан.....	146
HF-FS.....	146
HF-HC.....	147
HF-HP.....	150
HP-HC.....	152
г. Шымкент .....	154
HF-FS.....	154
HF-HC.....	155
HF-HP.....	158
HP-HC.....	160

## **1.7 Формирование 5 таблиц Национальных счетов здравоохранения на национальном уровне за 2018 год**

### **Оглавление**

HF-FS.....	163
HF-HC.....	164
HF-HP.....	166
HP-HC.....	168
FP.....	170

## **1.9 Совершенствование источников данных с целью их соответствия международным стандартам**

### **Оглавление**

Введение.....	180
Методология построения национальных счетов здравоохранения и источники данных для построения счетов по заболеваниям (DIS).....	37
Источники данных для счета Капитала (HK).....	42
Заключение.....	46
Список использованной литературы.....	47
Приложения.....	48
Классификация схем финансирования здравоохранения – HF .....	48
Классификация доходов схем финансирования – FS .....	51
Классификация поставщиков медицинских услуг – НР .....	53
Классификация функций здравоохранения – НС .....	55
Классификация расходов по заболеваниям – DIS .....	59
Классификация по факторам производства – FP .....	61
Классификация счета капитала – HK .....	63

## **ВВЕДЕНИЕ**

Технологические достижения, демографические перемены, быстро меняющаяся картина заболеваемости и смертности, все это призывает к более эффективному использованию ресурсов и во многих случаях требует большего объема ресурсов.

Во многих странах услуги здравоохранения предоставляются комплексным и меняющимся сочетанием государственных и частных организаций (как коммерческих, так и некоммерческих). В такой ситуации, для повышения эффективности системы здравоохранения политикам требуется достоверная информация об источниках и использовании средств здравоохранение в стране, по возможности сравнимая с другими странами.

Национальные Счета Здравоохранения (НСЗ) содействуют получению такой информации. Они отражают текущее использование ресурсов в системе здравоохранения. При введении НСЗ в постоянную практику с их помощью можно отслеживать тенденции в расходах, что является основным элементом в мониторинге и оценке системы здравоохранения. Методология НСЗ также может применяться при финансовом прогнозировании потребностей системы здравоохранения страны. И наконец, они делают возможным сравнение затрат на здравоохранение в одной стране с другими странами, что имеет особое значение при определении целей функционирования системы и базы для оценки.

Поскольку мировое сообщество изыскивает более эффективные способы борьбы с бедностью и стремится к достижению более высокого уровня здоровья в странах с низким и средним уровнем доходов, НСЗ служат основой для отслеживания внешних источников ресурсов, направляемых на здравоохранение.

Национальные Счета Здравоохранения разработаны для решения конкретных вопросов относительно состояния системы здравоохранения. С их помощью обеспечиваются систематические расчеты и представление данных о расходах на здравоохранение. Они отражают, сколько было израсходовано, где, на что и для кого, каким образом расходы меняются на протяжении времени, и позволяют сопоставить их с расходами в странах, находящихся в аналогичных условиях. Эти счета являются существенной частью оценки эффективности системы здравоохранения и выявления возможностей для ее улучшения. В долгосрочном плане страны могут институционально организовать процесс составления счетов здравоохранения и создать динамические ряды стандартных таблиц, которые позволяют провести более точную оценку достигнутого прогресса на пути достижения национальных целей в сфере здравоохранения.

Именно поэтому, очень важным является процесс сбора данных и корректные источники информации, которые подведут национальные счета здравоохранения к международным стандартам в оценке расходов на здравоохранение.

## **Методология построения национальных счетов здравоохранения и источники данных для построения счетов по заболеваниям (DIS)**

Система счетов здравоохранения (ССЗ) является единой методологией в построении национальных счетов здравоохранения. Однако, не все страны строят национальные счета здравоохранения. Более того, не все страны, которые уже строят НСЗ, придерживались методологии ССЗ: некоторые из счетов здравоохранения построены на основе системы национальных счетов (СНС), в то время как другие имеют давно сложившуюся структуру, которая отличается большей сопоставимостью либо с ССЗ, либо с СНС. Тем не менее, после публикации руководства по ССЗ ряд стран приступил к разработке или модификации своих счетов здравоохранения в соответствии со стандартами ССЗ.

Привлекательность подходов ССЗ для многих стран, не являющихся членами ОЭСР, состоит в том, что впервые эта система предлагает способы для сравнения как уровня, так и структуры затрат на здравоохранение с другими странами.

Более ранние проекты по ССЗ были предоставлены экспертами по НСЗ в Азиатско-Тихоокеанском регионе, и одна из первых систем НСЗ, основанная на системе классификации МКСЗ (Международной классификации для счетов здравоохранения), была разработана в Гонконге. Республика Корея заменила свою ранее существовавшую систему счетов здравоохранения на ССЗ, а Австралия и Япония показали способность ведения своих счетов в формате ССЗ, так же, как и в формате их существующих национальных систем. В Центральной и Южной Америке Боливия, Чили, Колумбия, Коста-Рика, Эквадор, Гватемала, Гондурас, Никарагуа, Панама, Парагвай, Тринидад и Тобаго, Уругвай и другие страны также перешли на элементы ССЗ в построение своих таблиц НСЗ.

Существует несколько причин, по которым разработчики счетов здравоохранения должны придерживаться классификационных схем как основы в своей работе. Одна причина заключается в том, что это делает возможными сравнения затрат на системы здравоохранения между разными странами. Другая причина в том, что международные схемы уже прошли тщательное рассмотрение и утверждение, и их применение поможет сэкономить время и средства, которые пришлось бы затратить на разработку схемы с нуля.

Методология построения НСЗ базируется на основных этапах построения системы национальных счетов ОЭСР. Это:

**- определение и группировка по категориям расходов на здравоохранение** (таблицы классификаций и кодов по схемам финансирования, источникам схем финансирования, услугам, медицинским организациям, заболеваниям и т.д. представлена в Приложении):

- ❖ источники финансирования;
- ❖ финансирующие организации;
- ❖ поставщики медицинских услуг;

❖ функции здравоохранения.

- **классификация участников системы здравоохранения, которая в итоге дает сравнительный анализ финансирования** здравоохранения в разрезе категорий со сходными характеристиками

- **формирование таблиц и базы данных НСЗ.**

**Цель этих таблиц** – представить оценки расходов на здравоохранение в соответствии с требованиями политиков. Другая цель облегчение процесса проведения оценок. Они обеспечивают основу для оценки, выявления пробелов, двойного учета и прочих проблемных областей, требующих рассмотрения, а также тех областей, которые кажутся на данный момент довольно надежными.

В широком смысле слова, НСЗ предоставляют информацию, необходимую для поддержки предстоящих реформ, таких как внедрение обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) и соответствующие прогнозы будущих расходов в здравоохранении.

Национальные счета здравоохранения в Казахстане формируются с 2010 года на основе методологии ССЗ 2011. На сегодняшний день Казахстан строит 4 перекрестные таблицы НСЗ и 1 одномерную таблицу:

- в разрезе источников и схем финансирования;
- в разрезе услуг и схем финансирования;
- в разрезе поставщиков и схем финансирования;
- в разрезе поставщиков и функций здравоохранения;
- в разрезе факторов предоставления медицинских услуг.

При этом, в рамках совершенствования самой методологии построения таблиц НСЗ, ОЭСР и ВОЗ ежегодно организует встречи со странами, которые сдают свои таблицы НСЗ в GHED (Global health expenditure database), для обмена опытом.

Обмен опытом важен для того, чтобы понимать, как разные страны классифицируют свои расходы, и как кодируют медицинские услуги и поставщиков медицинских услуг. В условиях единой классификации мы имеем возможность для сопоставления расходов на здравоохранение с другими странами. Поэтому, вопрос методологии кодирования услуг является очень важным моментом при формировании таблиц НСЗ.

Так, существует 2 подхода к построению таблиц НСЗ: агрегированный метод и дезагрегированный метод.

При использовании агрегированного метода берутся данные на страновом (республиканском) уровне, и далее эти расходы разносятся по медицинским услугам (и поставщикам), а также источникам финансирования.

Дезагрегированный метод предполагает использование данных медицинских организаций. Такой метод еще называют «снизу-вверх». Слабость данного метода заключается в массиве данных. Однако его положительная сторона во многом перекрывает его минус, поскольку дает возможность видеть данные по оказанным услугам в разрезе медицинских

организаций, а также структуру расходов, что позволяет собрать все данные воедино и агрегировать их на национальном уровне. А также, такой подход позволяет построить счета по заболеваниям, что является важной частью НСЗ. Стоит отметить, что Казахстан на сегодняшний день не строит счета по заболеваниям, однако ведется активная работа по разработке соответствующей методологии в рамках сотрудничества МЗ РК со страновым офисом ВОЗ и Барселонским офисом ВОЗ.

В последние годы нашими зарубежными коллегами была проведена существенная работа по оценке расходов по типу заболевания в рамках ССЗ как для национального, так и для сравнительного анализа стран. Руководства ОЭСР по оценке счетов здравоохранения в разрезе возрастных категорий, пола и заболевания, а также и опыт стран дают богатую основу для разработки стандартной классификации для анализа расходов по заболеваниям в Казахстане.

В рамках данного сотрудничества Барселонским офисом ВОЗ был привлечен эксперт по вопросам оказания технической помощи в усовершенствовании и автоматизации сбора данных для Системы счетов здравоохранения.

На сегодняшний день Казахстан использует агрегированный метод построения национальных счетов здравоохранения. При таком методе, используются следующие источники данных:

- Отчет об исполнении государственного, республиканского и местного бюджетов,
- Отчеты о страховых выплатах и страховых премиях,
- Информация о расходах на здравоохранение за счет средств из местного бюджета,
- Аналитическая таблица по освоению средств по 067 Бюджетной программе «Обеспечение ГОБМП»,
- Статистические формы:
  - ❖ «Расходы и доходы домашних хозяйств РК»
  - ❖ «Расходы и доходы населения РК»
  - ❖ «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения»
  - ❖ «Объем оказанных услуг в области здравоохранения»
- Информация о расходах на здравоохранение стран-участниц ОЭСР, группы стран с высоким – средним уровнем развития и некоторых других стран,
  - Данные о средствах доноров, публикуемые в базе данных «Система отчетности кредиторов».

Однако, для формирования счетов по заболеваниям, указанных выше источников данных не достаточно.

Кроме того, страны, использующие счета по заболеваниям, полностью перешли на использование дезагрегированных данных.

В этой связи, экспертом ВОЗ совместно с рабочей группой по построению НСЗ в Казахстане были обсуждены возможности для использования существующих данных по распределению затрат на заболевания, а также изучены возможности модернизации и вовлечения существующих потоков данных для формирования Национальных счетов здравоохранения по заболеваниям. Кроме того, были обсуждены возможности адаптации действующих информационных систем к изменениям в системе здравоохранения в ходе внедрения обязательного медицинского страхования, их использования для совершенствования национальных счетов здравоохранения, построения счетов здравоохранения по заболеваниям и всестороннего мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения.

Таким образом, экспертами ВОЗ были разработаны формы (таблицы) для медицинских организаций в зависимости от вида оказываемой помощи, необходимые для сбора данных, которые помогут в построении счетов по заболеваниям. Стоит отметить, что в данных таблицах основной переменной, по которой будет идти группировка расходов, является диагноз по МКБ-10 или причина обращения.

Таблицы представлены ниже.

**Таблица 1 – Форма к заполнению для медицинских организаций, оказывающих стационарные услуги.**

Основной Диагноз (МКБ10)	Возраст пациента	Пол пациента	Продолжительность пребывания (кайкодни)	Больница (название или код учреждения)	Тариф

**Таблица 2 – Форма для АПО.**

Основная причина (Диагноз МКБ10) посещения	Возраст пациента	Пол пациента	Медицинское учреждение (название или код учреждения)

Также, для более подробных расчетов необходимы данные о расходах на лекарственные средства. Для сбора данных по лекарствам также была разработана таблица, которая представлена ниже.

*Таблица 3 – Форма для аптечных организаций.*

<b>Аптека (название или код учреждения)</b>	<b>Область</b>	<b>Возраст пациента</b>	<b>Пол пациента</b>	<b>Основная причина (Диагноз МКБ10) посещения</b>	<b>Стоимость (тариф) лекарства</b>

Все необходимые данные будут выгружаться из информационных систем РЦЭЗ.

Таким образом, новая методология по построению таблиц национальных счетов здравоохранения будет строиться на дезагрегированных данных, которые позволяют наиболее точно собирать данные об оказанных услугах в разрезе медицинских организаций, источников финансирования, а также заболеваний.

## **Источники данных для счета Капитала (НК)**

Счет капитала (НК) представляет собой валовое капитaloобразование, то есть сумму инвестиций за вычетом суммы списанного основного капитала в системе здравоохранения. Оно измеряется как сумма трех компонентов:

- Валового накопления основного капитала;
- Изменения в товарно-материальных запасах;
- Приобретений за вычетом списанных материальных ценностей.

В рамках ССЗ 2011 есть возможность классифицировать капитальные расходы не только по видам основного капитала, но и распределить их по поставщикам медицинских услуг (НР) и источников финансирования (НФ). В настоящее время мировое сообщество активно разрабатывает и совершенствует методологию формирования таблицы НК-НР; то есть разбивки капитальных затрат по видам активов и по поставщикам медицинских услуг (Таблица 4).

Согласно отчету по договору №91 от 28 февраля 2019 года за 3 квартал «Разработка методологии учета валового основного капитала», учет валового накопления основного капитала, инвестиций в основной капитал в отчетный период, следует вести, предварительно распределив его на виды основных средств следующим образом:

1. Инфраструктура
  - Жилые и нежилые здания (например, здания больницы);
  - Прочие строения (например, строения для взлета и посадки вертолетов);
2. Машины и оборудование
  - Медицинское оборудование (например, магнитно-резонансные томографы, аппаратура диализа);
  - Транспортное оборудование (например, машины скорой помощи);
  - Информационно-коммуникационное и телекоммуникационное оборудование (например, компьютеры);
  - Прочие машины и оборудование
3. Продукты интеллектуальной собственности
  - Компьютерное базовое обеспечение и базы данных (например, компьютерные программы);
  - Прочие продукты интеллектуальной собственности в учете валового капитaloобразования

**Таблица 4 – НСЗ - Счет операций с капиталом<sup>2</sup>**

	НР.1	НР.2	НР.3	НР.4	НР.5	НР.6	НР.7	НР.8	Всего
	Больничные организации	Учреждения длительного ухода	Поставщики амбулаторных мед. услуг	Организации, предоставляющие доп. услуги	Поставщики продавцы медицинских товаров	Организации, оказывающие профилактические услуги	Организации управления здравоохранением	Прочие сектора экономики	
<b>НК.1 Валовое капитaloобразование</b>									
<b>НК.1.1 Валовое накопление основного капитала</b>									
НК.1.1.1 Инфраструктура									
НК.1.1.1.1 Жилые и нежилые здания									
НК.1.1.1.2 Прочие строения									
НК.1.1.2 Машины и оборудование									
НК.1.1.2.1 Медицинское оборудование									
НК.1.1.2.2 Транспортное оборудование									
НК.1.1.2.3 ИКТ оборудование									
НК.1.1.2.4 Машины и оборудование, (н.в.д.к.)									
НК.1.1.3 Продукты интеллектуальной собственности									
НК.1.1.3.1 Компьютерное базовое обеспечение и базы данных									
НК.1.1.3.2 Прочие Продукты интеллектуальной собственности,									
<b>НК.1.2 Изменения в товарно-материальных запасах</b>									
<b>НК.1.3 Приобретения за минусом выбытия от материальных ценностей</b>									
<b>НК.2 Непроизводственные нефинансовые активы</b>									
НК.2.1 Земля									
НК.2.2 Прочие непроизводственные нефинансовые активы									
<b>НК.3 Прочее валовое накопление основного капитала (н.в.д.к.)</b>									

<sup>2</sup> ОЭСР (2012), "Implementing the capital account in SHA 2011

*Изменения в товарно-материальных запасах и Приобретения за минусом выбытия от материальных ценностей* не делятся по видам активов, и указывается сумма приобретенных за вычетом списанных активов. К материальным ценностям относятся картины и прочие предметы искусства.

Самая большая доля в валовом капиталообразовании соответствует валовому накоплению основного капитала.

Также в таблице НК-НР ведется учет инвестиций в непроизводственные нефинансовые активы, например землю, природные недра, права на пользования.

Капитальные расходы так же распределяются по поставщикам медицинских услуг, перечисленным по горизонтали таблицы. Ниже указана классификация поставщиков медицинских услуг с примерами согласно ССЗ 2011:

- НР.1 Больничные организации (*стационары*);
- НР.2 Учреждения длительного ухода (*дома престарелых, учреждения для душевнобольных*);
- НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг;
- НР.4 Организации, предоставляющие дополнительные медицинские услуги (*лаборатории*);
- НР.5 Предприятия розничной торговли и другие поставщики медицинских услуг (*аптеки, оптика*);
- НР.6 Организации, оказывающие профилактические услуги (*центры по гигиене и охране труда*);
- НР.7 Организации управления здравоохранением (*Министерство здравоохранения*);
- НР.8 Прочие сектора экономики.

Для формирования таблицы НК-НР требуются данные, содержащие инвестиции по видам активов и в разрезе поставщиков услуг.

Проанализировав отчеты по исполнению местного и республиканских бюджетов, отчет по финансово-хозяйственной деятельности по здравоохранению, данные по основным фондам, доступные на сайте Комитета Статистики, а также информацию на портале Единой Информационной Системы Здравоохранения, был сделан вывод, что невозможно получить данные по капитальным расходам одновременно и в разрезе видов активов одновременно и по поставщикам услуг. В результате чего, нами предложена форма для заполнения медицинскими организациями (Таблица 5).

**Таблица 5 – Форма для заполнения медицинскими учреждениями**

Вид активов	Движения за отчетный период			Баланс		Амортизация	
	Приобретение новых активов (включая финансовый лизинг)	Капитальный ремонт	Выбытия/ списания	Первоначальная стоимость на начало отчетного периода	Первоначальная стоимость на конец отчетного периода	На начало отчетного периода	На конец отчетного периода
<i>В тыс.тенге</i>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Основные средства:</b>							
<i>Земля</i>							
<i>Здания</i>							
<i>Незавершенное строительство</i>							
<i>Медицинское оборудование</i>							
<i>Транспортные средства</i>							
<i>Компьютерное оборудование и офисная техника</i>							
<i>Прочие основные средства</i>							
<b>Нематериальные активы</b>							
<i>Запасы</i>							

При заполнении данной формы необходимо учитывать следующие особенности:

Движения за отчетный период

- Сумма *приобретенных новых активов (включая финансовый лизинг)* должна указываться по первоначальной стоимости, без учета НДС и накопленной за отчетной период амортизации;
- Сумма *капитального ремонта* должна включать сумму, на которую повысилась первоначальная стоимость основных средств в результате капитального ремонта;
- Сумма *выбытий/ списаний* должна отражать сумму списанных, ликвидированных и реализованных активов, отражаемых по первоначальной стоимости без учета списанной амортизации.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Счета здравоохранения предоставляют систематическое описание финансовых потоков, связанных с потреблением товаров и услуг здравоохранения. Их целью является описание системы здравоохранения с точки зрения расходов. Одним из важнейших приоритетов является разработка достоверных и своевременных данных, которые сопоставимы между странами и во времени. Это необходимо для отслеживания тенденций расходов на здравоохранение и движущих ими факторов, что, в свою очередь, могут быть использованы при сравнении этих расходов по странам и прогнозирования их роста в будущем.

Таким образом, счета здравоохранения используются в двух основных направлениях:

- ✓ на международном уровне, где акцент делается на выборе тех данных по расходам, которые сопоставимы на международном уровне;
- ✓ на национальном уровне, с более подробным анализом расходов на здравоохранение и большим акцентом на сравнение данных по годам.

Формирование НСЗ требует комплексного сбора данных от различных министерств, донорских организаций, поставщиков и групп производителей (например, частных страховщиков, работодателей и фармацевтических компаний). Надежные, комплексные метаданные облегчают адекватную интерпретацию и использование результатов ССЗ.

Прежде чем собирать данные, необходимо определить, какие именно данные нам нужны, а также, кто как, когда и от кого будет собирать эти данные. Это закреплено Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 мая 2019 года № КР ДСМ-66 Об утверждении Правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения. Однако, по мере совершенствования методологии и источников данных, необходимо будет вносить изменения.

Таким образом, институционализация НСЗ требует непрерывного пополнения и обновления данных. Это, в свою очередь, требует официальной поддержки при обмене данными (иногда обмен данными представляет большую проблему, чем недостаток данных) между имеющими отношение к НСЗ организациями, как в частном, так и в государственном секторе.

Институционализация означает, что данные и методы отчетности должны иметь стандартную форму, что позволит проводить ежегодный сравнительный анализ.

Процедуры и протоколы должны систематизироваться по мере создания или совершенствования медико-информационной системы страны.

В дополнение, рекомендуется отслеживать первоначальную методологию и любые проблемы, которые возникают на этапе становления НСЗ. Отслеживание этих проблем позволит лучше понять, как модернизировать НСЗ и повысить их практическое применение.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 мая 2019 года № ҚР ДСМ-66 Об утверждении Правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения.
2. Танирбергенов С.Т., Сапарбекова А.К., Жуманбеков Д.К. Методические рекомендации по формированию Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан на основе Системы счетов здравоохранения 2011 года
3. OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing.
4. OECD (2018), National Health Accounts of Kazakhstan, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris.
5. ОЭСР, Евростат. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения (со специальными приложениями для стран с низким и средним уровнем дохода)
6. Партнеры по реформе здравоохранения плюс (PHRplus), ЮСАИД. Пособие для разработчиков политики и стратегии здравоохранения

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Классификация схем финансирования здравоохранения – HF

HF	Current health expenditure by financing schemes	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по схемам финансирования
HF.1	Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	Государственные схемы и обязательные схемы финансирования здравоохранения на основе взносов
HF.1.1	Government schemes	Государственные схемы
HF.1.1.1	Central government schemes	Схемы центрального правительства
HF.1.1.2	State/regional/local government schemes	Схемы регионального/местного правительства
HF.1.1.nec	Unspecified government schemes (n.e.c.)	Прочие государственные схемы (н.в.д.к.)
HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes	Схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов
HF.1.2.1	Social health insurance schemes	Схемы социального медицинского страхования
HF.1.2.2	Compulsory private insurance schemes	Схемы обязательного частного страхования
HF.1.2.nec	Unspecified compulsory contributory health insurance schemes (n.e.c.)	Прочие схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов (н.в.д.к.)
HF.1.3	Compulsory Medical Saving Accounts (CMSA)	Обязательные медицинские сберегательные счета (ОМСС)
HF.1.nec	Unspecified government schemes and compulsory contributory schemes (n.e.c.)	Прочие государственные схемы и обязательные схемы финансирования здравоохранения на основе взносов (н.в.д.к.)
HF.2	Voluntary health care payment schemes	Схемы добровольной оплаты за услуги здравоохранения
HF.2.1	Voluntary health insurance schemes	Схемы добровольного медицинского страхования
HF.2.1.1	Primary/substitutory health insurance schemes	Схемы первичного/заместительного медицинского страхования
HF.2.1.1.1	Employer-based insurance (Other than enterprises schemes)	Страхование на базе работодателя (кроме схем предприятий)
HF.2.1.1.2	Government-based voluntary insurance	Добровольное страхование с участием государства
HF.2.1.1.3	Other primary coverage schemes	Прочие схемы первичного охвата
HF.2.1.2	Complementary/supplementary insurance schemes	Схемы дополнительного/добавочного страхования
HF.2.1.2.1	Community-based insurance	Страхование на уровне общин
HF.2.1.2.2	Other complementary/supplementary insurance	Прочее дополнительное/добавочное страхование
HF.2.1.nec	Unspecified voluntary health insurance schemes (n.e.c.)	Прочие схемы добровольного медицинского страхования (н.в.д.к.)
HF.2.2	NPISH financing schemes (including development agencies)	Схемы финансирования НКООДХ

HF.2.2.1	NPISH financing schemes (excluding HF.2.2.2)	Схемы финансирования НКООДХ (за исключением HF.2.2.2)
HF.2.2.2	Resident foreign agencies schemes	Схемы резидентных зарубежных агентств
HF.2.2.nec	Unspecified NPISH financing schemes (n.e.c.)	Прочие схемы финансирования НКООДХ (н.в.д.к.)
HF.2.3	Enterprise financing schemes	Схемы финансирования предприятий
HF.2.3.1	Enterprises (except health care providers) financing schemes	Схемы финансирования предприятий (за исключением поставщиков медицинских услуг)
HF.2.3.2	Health care providers financing schemes	Схемы финансирования поставщиков медицинских услуг
HF.2.3.nec	Unspecified enterprise financing schemes (n.e.c.)	Прочие схемы финансирования предприятий (н.в.д.к.)
HF.2.nec	Unspecified voluntary health care payment schemes (n.e.c.)	Прочие схемы добровольной оплаты за услуги здравоохранения (н.в.д.к.)
HF.3	Household out-of-pocket payment	Наличные платежи "из кармана" домохозяйств
HF.3.1	Out-of-pocket excluding cost-sharing	Выплаты из кармана, за исключением разделения затрат
HF.3.2	Cost sharing with third-party payers	Разделение затрат с плательщиками, являющимися третьей стороной
HF.3.2.1	Cost sharing with government schemes and compulsory contributory health insurance schemes	Разделение затрат с государственными схемами и схемами обязательного медицинского страхования на основе взносов
HF.3.2.2	Cost sharing with voluntary insurance schemes	Разделение затрат со схемами добровольного страхования
HF.3.2.nec	Unspecified cost sharing with third-party payers (n.e.c.)	Прочие виды разделения затрат с плательщиками третьей стороны (н.в.д.к.)
HF.3.nec	Unspecified household out-of-pocket payment (n.e.c.)	Прочие виды наличных платежей "из кармана" (н.в.д.к.)
HF.4	Rest of the world financing schemes (resident)	Схемы финансирования остальных стран мира (нерезидентские)
HF.4.1	Compulsory schemes (resident)	Обязательные схемы (нерезидентские)
HF.4.1.1	Compulsory health insurance schemes (resident)	Схемы обязательного медицинского страхования (нерезидентские)
HF.4.1.2	Other compulsory schemes (resident)	Прочие обязательные схемы (нерезидентские)
HF.4.2	Voluntary schemes (resident)	Добровольные схемы (нерезидентские)
HF.4.2.1	Voluntary health insurance schemes (resident)	Схемы добровольного медицинского страхования (нерезидентские)
HF.4.2.2	Other schemes (resident)	Прочие схемы (нерезидентские)
HF.4.2.2.1	Philanthropy/international NGOs schemes	Схемы благотворительных/международных НПО
HF.4.2.2.2	Foreign development agencies	Схемы зарубежных агентств по

	schemes	развитию
HF.4.2.2.3	Schemes of enclaves (e.g. international organisations or embassies)	Схемы анклавов (например, международных организаций или посольств)
HF.4.2.2.nec	Unspecified other resident voluntary schemes (n.e.c.)	Различные другие нерезидентские добровольные схемы (н.в.д.к.)
HF.4.nec	Unspecified rest of the world financing schemes (n.e.c.)	Прочие схемы финансирования остальных стран мира (н.в.д.к.)
HF.nec	Unspecified financing schemes (n.e.c.)	Прочие схемы финансирования (н.в.д.к.)

## Классификация доходов схем финансирования – FS

FS	Current health expenditure by revenues of health care financing schemes	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по доходам схем финансирования здравоохранения
FS.1	Transfers from government domestic revenue (allocated to health purposes)	Трансферты из государственных внутренних доходов (выделенные на цели здравоохранения)
FS.1.1	Internal transfers and grants	Внутренние трансферты и гранты
FS.1.2	Transfers by government on behalf of specific groups	Государственные трансферты за определённые группы населения
FS.1.3	Subsidies	Субсидии
FS.1.4	Other transfers from government domestic revenue	Прочие трансферты из государственных внутренних доходов
FS.2	Transfers distributed by government from foreign origin	Трансферты, выделенные государством из доходов иностранного происхождения
FS.3	Social insurance contributions	Взносы на социальное страхование
FS.3.1	Social insurance contributions from employees	Взносы работников на социальное страхование
FS.3.2	Social insurance contributions from employers	Взносы работодателей на социальное страхование
FS.3.3	Social insurance contributions from self-employed	Взносы самозанятых на социальное страхование
FS.3.4	Other social insurance contributions	Прочие взносы на социальное страхование
FS.4	Compulsory prepayment (Other, and unspecified, than FS.3)	Обязательная предоплата (кроме FS.3)
FS.4.1	Compulsory prepayment from individuals/households	Обязательная предоплата от граждан/домохозяйств
FS.4.2	Compulsory prepayment from employers	Обязательная предоплата от работодателей
FS.4.3	Other compulsory prepaid revenues	Прочие поступления за счет обязательной предоплаты
FS.5	Voluntary prepayment	Добровольная предоплата
FS.5.1	Voluntary prepayment from individuals/households	Добровольная предоплата от граждан/домохозяйств
FS.5.2	Voluntary prepayment from employers	Добровольная предоплата от работодателей
FS.5.3	Other voluntary prepaid revenues	Прочие поступления за счет добровольной предоплаты
FS.6	Other domestic revenues n.e.c.	Прочие внутренние поступления н.в.д.к.
FS.6.1	Other revenues from households n.e.c.	Прочие поступления от домохозяйств н.в.д.к.
FS.6.2	Other revenues from corporations n.e.c.	Прочие поступления от корпораций н.в.д.к.
FS.6.3	Other revenues from NPISH n.e.c.	Прочие поступления от НКООДХ н.в.д.к.

FS.6.nec	Unspecified other domestic revenues (n.e.c.)	Прочие различные внутренние поступления н.в.д.к.
FS.7	Direct foreign transfers	Прямые зарубежные трансферты
FS.7.1	Direct foreign financial transfers	Прямые зарубежные финансовые трансферты
FS.7.1.1	Direct bilateral financial transfers	Прямые двухсторонние финансовые трансферты
FS.7.1.2	Direct multilateral financial transfers	Прямые многосторонние финансовые трансферты
FS.7.1.3	Other direct foreign financial transfers	Прочие прямые зарубежные финансовые трансферты
FS.7.2	Direct foreign aid in kind	Прямая иностранная помощь в натуральной форме
FS.7.2.1	Direct foreign aid in goods	Прямая иностранная помощь в форме товаров
FS.7.2.1.1	Direct bilateral aid in goods	Прямая двухсторонняя помощь в форме товаров
FS.7.2.1.2	Direct multilateral aid in goods	Прямая многосторонняя помощь в форме товаров
FS.7.2.1.3	Other direct foreign aid in goods	Прочая прямая иностранная помощь в форме товаров
FS.7.2.2	Direct foreign aid in kind: services (including TA)	Прямая иностранная помощь в натуральной форме: услуги (в т.ч. техническая помощь)
FS.7.2.nec	Unspecified direct foreign aid in kind (n.e.c.)	Прочая прямая иностранная помощь в натуральной форме (н.в.д.к.)
FS.7.3	Other direct foreign transfers (n.e.c.)	Прочие прямые зарубежные трансферты (н.в.д.к.)
FS.nec	Unspecified revenues of health care financing schemes (n.e.c.)	Прочие доходы (н.в.д.к.)

## Классификация поставщиков медицинских услуг – НР

HP	Current health expenditure by health care providers	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по поставщикам медицинских услуг
HP.1	Hospitals	Больницы
HP.1.1	General hospitals	Больницы общего профиля
HP.1.2	Mental health hospitals	Психиатрические больницы
HP.1.3	Specialised hospitals (Other than mental health hospitals)	Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц)
HP.1.nec	Unspecified hospitals (n.e.c.)	Прочие больницы
HP.2	Residential long-term care facilities	Учреждения интернатного типа с долгосрочным уходом
HP.2.1	Long-term nursing care facilities	Учреждения долгосрочного сестринского ухода
HP.2.2	Mental health and substance abuse facilities	Учреждения для душевнобольных и наркозависимых
HP.2.9	Other residential long-term care facilities	Прочие учреждения интернатного типа с долгосрочным уходом
HP.3	Providers of ambulatory health care	Поставщики амбулаторной помощи
HP.3.1	Medical practices	Врачебная практика
HP.3.1.1	Offices of general medical practitioners	Кабинеты врачей общей практики
HP.3.1.2	Offices of mental medical specialists	Кабинеты специалистов психиатрической медицинской службы
HP.3.1.3	Offices of medical specialists (Other than mental medical specialists)	Кабинеты специалистов узкого профиля (кроме специалистов психиатрической медицинской службы)
HP.3.1.nec	Unspecified medical practices (n.e.c.)	Прочие врачебные практики (н.в.д.к.)
HP.3.2	Dental practice	Стоматологическая практика
HP.3.3	Other health care practitioners	Прочие практикующие медики
HP.3.4	Ambulatory health care centres	Центры амбулаторной помощи
HP.3.4.1	Family planning centres	Центры планирования семьи
HP.3.4.2	Ambulatory mental health and substance abuse centres	Амбулаторные центры для душевнобольных и наркозависимых
HP.3.4.3	Free-standing ambulatory surgery centres	Самостоятельные центры амбулаторной хирургии
HP.3.4.4	Dialysis care centres	Центры гемодиализа
HP.3.4.5	specialised ambulatory health care centres	Не-специализированные амбулаторные медицинские центры
HP.3.4.9	All Other ambulatory centres	Прочие амбулаторные центры
HP.3.5	Providers of home health care services	Поставщики медицинских услуг дому
HP.3.nec	Unspecified providers of ambulatory health care (n.e.c.)	Прочие поставщики амбулаторных медицинских услуг (н.в.д.к.)
HP.4	Providers of ancillary services	Поставщики вспомогательных услуг
HP.4.1	Providers of patient transportation and emergency rescue	Поставщики услуг по транспортировке пациентов и

		спасению в чрезвычайной ситуации
HP.4.2	Medical and diagnostic laboratories	Медицинские и диагностические лаборатории
HP.4.9	Other providers of ancillary services	Прочие поставщики вспомогательных услуг
HP.5	Retailers and Other providers of medical goods	Предприятия розничной торговли и другие поставщики медицинских изделий
HP.5.1	Pharmacies	Аптеки
HP.5.2	Retail sellers and Other suppliers of durable medical goods and medical appliances	Розничные торговцы и другие поставщики медицинских товаров длительного пользования и медицинских приспособлений
HP.5.9	All Other miscellaneous sellers and Other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	Прочие торговцы и другие поставщики фармацевтической продукции и медицинских изделий
HP.6	Providers of preventive care	Поставщики профилактической помощи
HP.7	Providers of health care system administration and financing	Поставщики услуг по администрированию и финансированию системы здравоохранения
HP.7.1	Government health administration agencies	Государственные административные органы в области здравоохранения
HP.7.2	Social health insurance agencies	Агентства социального медицинского страхования
HP.7.3	Private health insurance administration agencies	Администрация частного медицинского страхования
HP.7.9	Other administration agencies	Прочие административные органы здравоохранения
HP.8	Rest of economy	Остальная экономика
HP.8.1	Households as providers of home health care	Домохозяйства как поставщики медицинских услуг на дому
HP.8.2	All Other industries as secondary providers of health care	Прочие отрасли как второстепенные поставщики медицинских услуг
HP.8.3	Community health workers (or village health worker, community health aide, etc.)	Участковый медработник (или сельский медработник, общинный комитет здоровья, и т.д.)
HP.8.9	Other industries n.e.c.	Прочие отрасли н.в.д.к
HP.9	Rest of the world	Остальной мир
HP.nec	Unspecified health care providers (n.e.c.)	Прочие поставщики медицинских услуг (н.в.д.к.)

## Классификация функций здравоохранения – НС

НС	Current health expenditure by health care functions	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по функциям здравоохранения
HC.1	Curative care	Лечебная помощь
HC.1.1	Inpatient curative care	Стационарная лечебная помощь
HC.1.1.1	General inpatient curative care	Общая стационарная лечебная помощь
HC.1.1.2	Specialised inpatient curative care	Специализированная стационарная лечебная помощь
HC.1.1.nec	Unspecified inpatient curative care (n.e.c.)	Прочая стационарная лечебная помощь (н.в.д.к.)
HC.1.2	Day curative care	Дневная лечебная помощь
HC.1.2.1	General day curative care	Общая дневная лечебная помощь
HC.1.2.2	Specialised day curative care	Специализированная дневная лечебная помощь
HC.1.2.nec	Unspecified day curative care (n.e.c.)	Прочая дневная лечебная помощь (н.в.д.к.)
HC.1.3	Outpatient curative care	Амбулаторная лечебная помощь
HC.1.3.1	General outpatient curative care	Общая амбулаторная лечебная помощь
HC.1.3.2	Dental outpatient curative care	Стоматологическая амбулаторная лечебная помощь
HC.1.3.3	Specialised outpatient curative care	Специализированная амбулаторная лечебная помощь
HC.1.3.nec	Unspecified outpatient curative care (n.e.c.)	Прочая амбулаторная лечебная помощь (н.в.д.к.)
HC.1.4	Home-based curative care	Лечебная помощь на дому
HC.1.nec	Unspecified curative care (n.e.c.)	Прочая лечебная помощь (н.в.д.к.)
HC.2	Rehabilitative care	Реабилитационная помощь
HC.2.1	Inpatient rehabilitative care	Стационарная реабилитационная помощь
HC.2.2	Day rehabilitative care	Дневная реабилитационная помощь
HC.2.3	Outpatient rehabilitative care	Амбулаторная реабилитационная помощь
HC.2.4	Home-based rehabilitative care	Реабилитационная помощь на дому
HC.2.nec	Unspecified rehabilitative care (n.e.c.)	Прочая реабилитационная помощь (н.в.д.к.)
HC.3	Long-term care (health)	Долгосрочная помощь (медицинская)
HC.3.1	Inpatient long-term care (health)	Стационарная долгосрочная помощь (медицинская)
HC.3.2	Day long-term care (health)	Дневная долгосрочная помощь (медицинская)
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)	Амбулаторная долгосрочная помощь (медицинская)
HC.3.4	Home-based long-term care (health)	Долгосрочная помощь (медицинская) на дому
HC.3.nec	Unspecified long-term care (n.e.c.)	Прочая долгосрочная помощь (н.в.д.к.)
HC.4	Ancillary services (specified by	Вспомогательные услуги (без

	function)	спецификации по функциям)
HC.4.1	Laboratory services	Лабораторные услуги
HC.4.2	Imaging services	Услуги диагностической визуализации (рентген, флюорография и т.п.)
HC.4.3	Patient transportation	Транспортировка пациента
HC.4.nec	Unspecified ancillary services (n.e.c.)	Прочие вспомогательные услуги (н.в.д.к.)
HC.5	Medical goods (specified by function)	Медицинские изделия (не обозначенные по функциям)
HC.5.1	Pharmaceuticals and Other medical durable goods	Фармацевтические препараты и прочие медицинские товары недлительного пользования
HC.5.1.1	Prescribed medicines	ЛС, отпускаемые по рецепту
HC.5.1.2	Over-the-counter medicines	ЛС, отпускаемые без рецепта
HC.5.1.3	Other medical durable goods	Прочие медицинские товары недлительного пользования
HC.5.2	Therapeutic appliances and Other medical goods	Терапевтические принадлежности и прочие медицинские изделия
HC.5.2.1	Glasses and Other vision products	Очки и прочая продукция для зрения
HC.5.2.2	Hearing aids	Слуховые аппараты
HC.5.2.3	Other orthopaedic appliances and prosthetics (excluding glasses and hearing aids)	Прочие ортопедические приспособления и протезы (за исключением очков и слуховых аппаратов)
HC.5.2.9	All Other medical durables, including medical technical devices	Все остальные медицинские товары длительного пользования, в том числе медицинские технические устройства
HC.5.nec	Unspecified medical goods (n.e.c.)	Прочие медицинские товары (н.в.д.к.)
HC.6	Preventive care	Профилактическая помощь
HC.6.1	Information, education and counseling (IEC) programmes	Информационные, образовательные и консультационные программы
HC.6.1.1	Addictive substances IEC programmes	Наркотических веществ IEC программы
HC.6.1.1.1	Tobacco IEC programmes	табак
HC.6.1.1.2	Alcohol IEC programmes	алкоголь
HC.6.1.1.3	Drugs IEC programmes	лекарство
HC.6.1.1.nec	Other and unspecified addictive substances IEC programmes (n.e.c.)	Другие вещества, вызывающие зависимость
HC.6.1.2	Nutrition IEC programmes	питание
HC.6.1.3	Safe sex IEC programmes	Безопасный секс
HC.6.1.4	Physical inactivity IEC programmes	Physical бездействие
HC.6.1.nec	Other and unspecified IEC programmes (n.e.c.)	Другие программы информационные, образовательные и консультационные
HC.6.2	Immunisation programmes	Программы иммунизации
HC.6.3	Early disease detection programmes	Программы по раннему выявлению заболевания
HC.6.4	Healthy condition monitoring	Программы мониторинга состояния

	programmes	здравья
HC.6.5	Epidemiological surveillance and risk and disease control programmes	Эпидемиологический надзор и программы оценки риска и контроля заболеваний
HC.6.5.1	Planning & Management	Планирование и управление
HC.6.5.2	Monitoring & Evaluation (M&E)	Мониторинг и оценка (МиО)
HC.6.5.3	Procurement & supply management	Управление закупками и поставками
HC.6.5.4	Interventions	Интервенции по конкретным заболеваниям
HC.6.5.4.1	Male circumcision	обрезание
HC.6.5.4.2	Condom promotion and distribution	Продвижение и распространение презервативов
HC.6.5.4.3	Syringe-exchange programme	Шприц-программа обмена
HC.6.5.4.4	Drug substitution programme	Программа заместительной терапии
HC.6.5.4.nec	Other and unspecified interventions (n.e.c.)	Другие профилактические мероприятия по конкретным заболеваниям
HC.6.5.nec	Unspecified epidemiological surveillance and risk and disease control programmes (n.e.c.)	Прочие программы эпидемиологического надзора, контроля заболеваний и рисков (н.в.д.к.)
HC.6.6	Preparing for disaster and emergency response programmes	Программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвычайные ситуации
HC.6.nec	Unspecified preventive care (n.e.c.)	Прочая профилактическая помощь (н.в.д.к.)
HC.7	Governance, and health system and financing administration	Управление и администрирование системы здравоохранения и финансирования
HC.7.1	Governance and Health system administration	Управление и администрирование системы здравоохранения
HC.7.1.1	Planning & Management	Планирование и управление
HC.7.1.2	Monitoring & Evaluation (M&E)	Мониторинг и оценка (МиО)
HC.7.1.3	Procurement & supply management	Управление закупками и поставками
HC.7.1.nec	Other governance and Health system administration (n.e.c.)	Прочее управление и администрирование системы здравоохранения
HC.7.2	Administration of health financing	Администрирование финансирования здравоохранения
HC.7.nec	Unspecified governance, and health system and financing administration (n.e.c.)	Прочее управление и администрирование системы здравоохранения и финансовое администрирование (н.в.д.к.)
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c.)	Прочие медицинские услуги, не вошедшие в другие категории (н.в.д.к.)
HCR	Health care functions related items	Связанные со здравоохранением учетные статьи
HCR.1	Long-term care (social)	Долгосрочная помощь (социальная)
HCR.1.1	In-kind long-term social care	Долгосрочная социальная помощь в натуральном выражении

HCR.1.2	Long-term social care cash-benefits	Долгосрочная социальная помощь – денежные пособия
HCR.1.nec	Unspecified long-term care (social) (n.e.c.)	Прочая долгосрочная помощь (социальная) (н.в.д.к.)
HCR.2	Health promotion with multi-sectoral approach	Укрепление здоровья с применением межсекторального подхода
HCR.2.1	Gender programs	Программы, связанные с полом
HCR.2.2	Workplace programs	Программы на рабочем месте
HCR.2.3	Community mobilization	мобилизация сообщества
HCR.2.nec	Other and unspecified health promotion with multi-sectoral approach	Другие виды деятельности, связанные с болезнью
HCR.3	Stigma reduction programme	Программа по снижению стигмы и дискриминации
HCR.4	medically recommended patient transportation	Рекомендуемая немедицинская транспортировка пациентов

## Классификация расходов по заболеваниям – DIS

DIS	Current health expenditure by diseases / conditions	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по заболеваниям/состояниям
DIS.1	Infectious and parasitic diseases	Инфекционные и паразитарные заболевания
DIS.1.1	HIV/AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases (STDs)	ВИЧ/СПИД и венерических болезней
DIS.1.1.1	HIV/AIDS and Opportunistic Infections (OIs)	ВИЧ/СПИД и оппортунистический инфекции
DIS.1.1.1.1	HIV/AIDS	ВИЧ/СПИД
DIS.1.1.1.2	TB/HIV	Туберкулез / ВИЧ
DIS.1.1.1.3	Other OIs due to AIDS	Другие оппортунистические инфекции СПИДа
DIS.1.1.1.nec	Unspecified HIV/AIDS and OIs (n.e.c.)	ВИЧ / СПИД и оппортунистические заболевания недифференцированные
DIS.1.1.2	STDs Other than HIV/AIDS	Кроме ВИЧ / СПИДа ЗППП
DIS.1.1.nec	Unspecified HIV/AIDS and Other STDs (n.e.c.)	ВИЧ / СПИД и ЗППП недифференцированные
DIS.1.2	Tuberculosis (TB)	Туберкулез
DIS.1.2.1	Pulmonary TB	Туберкулез легких
DIS.1.2.1.1	Drug-Sensitive Tuberculosis (DS-TB)	лекарственно чувствительный туберкулёз
DIS.1.2.1.2	Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB)	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
DIS.1.2.1.3	Extensively drug-resistant Tuberculosis (XDR-TB)	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
DIS.1.2.1.nec	Unspecified pulmonary Tuberculosis (n.e.c.)	Туберкулез легких недифференцированные
DIS.1.2.2	Extra pulmonary TB	Внелегочного туберкулеза
DIS.1.2.nec	Unspecified tuberculosis (n.e.c.)	ТБ неизвестно расположение
DIS.1.3	Malaria	Малария
DIS.1.4	Respiratory infections	Респираторные инфекции
DIS.1.5	Diarrheal diseases	Острые кишечные инфекции
DIS.1.6	Neglected tropical diseases	Забытые тропические болезни
DIS.1.7	Vaccine preventable diseases	Управляемые инфекции
DIS.1.8	Hepatitis	гепатит
DIS.1.nec	Other and unspecified infectious and parasitic diseases (n.e.c.)	Прочие инфекционные и паразитарные заболевания (н.в.д.к.)
DIS.2	Reproductive health	Репродуктивное здоровье
DIS.2.1	Maternal conditions	Материнские состояния
DIS.2.2	Perinatal conditions	Перинатальные состояния
DIS.2.3	Contraceptive management (family planning)	Управление контрацептивами
DIS.2.nec	Unspecified reproductive health conditions (n.e.c.)	Прочие состояния репродуктивного здоровья (н.в.д.к.)
DIS.3	Nutritional deficiencies	Недостаточность питания
DIS.4	Noncommunicable diseases	Неинфекционные заболевания
DIS.4.1	Neoplasms	Новообразования

DIS.4.2	Endocrine and metabolic disorders	Эндокринные и метаболические заболевания
DIS.4.2.1	Diabetes	диабет
DIS.4.2.nec	Other and unspecified endocrine and metabolic disorders (n.e.c.)	Другие эндокринные и метаболические заболевания
DIS.4.3	Cardiovascular diseases	ССЗ
DIS.4.3.1	Hypertensive diseases	гипертония
DIS.4.3.nec	Other and unspecified cardiovascular diseases (n.e.c.)	Другие сердечно-сосудистые заболевания
DIS.4.4	Mental & behavioural disorders, and Neurological conditions	Психические, поведенческие и неврологические расстройства
DIS.4.4.1	Mental (psychiatric) disorders	Психическое (психиатрическая)
DIS.4.4.2	Behavioural disorders	Поведенческий
DIS.4.4.3	Neurological conditions	Неврологические заболевания
DIS.4.4.nec	Unspecified mental & behavioural disorders and neurological conditions (n.e.c.)	Психические, поведенческие и неврологические расстройства недифференцированные
DIS.4.5	Respiratory diseases	Заболевания дыхательной системы
DIS.4.6	Diseases of the digestive	Заболевания пищеварительной системы
DIS.4.7	Diseases of the genito-urinary system	Заболевания мочеполовой системы
DIS.4.8	Sense organ disorders	Расстройства органов чувств
DIS.4.9	Oral diseases	Заболевания полости рта
DIS.4.nec	Other and unspecified noncommunicable diseases (n.e.c.)	Прочие неинфекционные заболевания
DIS.5	Injuries	Травмы
DIS.5.1	Road traffic accidents	Дорожно-транспортные происшествия
DIS.5.nec	Other and unspecified injuries (n.e.c.)	Другие неуточненные травмы и травмы (н.в.д.к.)
DIS.6	disease specific	Не связанный с конкретным заболеванием
DIS.nec	Other and unspecified diseases/conditions (n.e.c.)	Прочие заболевания/состояния (н.в.д.к.)
GEN	Current health expenditure by gender	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по полу
GEN.1	Female	женщина
GEN.2	Male	мужчина
GEN.nec	Other and unspecified gender (n.e.c.)	Прочее (н.в.д.к.)
AGE	Current health expenditure by age	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по возрасту
AGE.1	< 5 years old	< 5 лет
AGE.2	≥ 5 years old	≥ 5 лет
AGE.nec	Other and unspecified age (n.e.c.)	Другой возраст (н.в.д.к.)

## Классификация по факторам производства – FP

FP	Current health expenditure by factors of health care provision	Текущие расходы на здравоохранение, распределенные по факторам предоставления медицинской помощи
FP.1	Compensation of employees	Оплата труда работников
FP.1.1	Wages and salaries	Оклады и заработка плата
FP.1.2	Social contributions	Социальные отчисления
FP.1.3	All Other costs related to employees	Все прочие затраты, связанные с работниками
FP.2	Self-employed professional remuneration	Профессиональное вознаграждение самозанятых
FP.3	Materials and services used	Использованные материалы и услуги
FP.3.1	Health care services	Услуги здравоохранения
FP.3.1.1	Laboratory & Imaging services	Лабораторные услуги и диагностическая визуализация
FP.3.1.nec	Other health care services (n.e.c.)	Другие медицинские услуги (н.в.д.к.)
FP.3.2	Health care goods	Товары здравоохранения
FP.3.2.2	Other health care goods	Прочие товары здравоохранения
FP.3.2.2.1	ITNs	Надкроватные сетки, обраторанные инсектицидами
FP.3.2.2.2	Insecticides & spraying materials	Инсектициды и спреи
FP.3.2.2.3	Injection supplies	Инъекционные материалы
FP.3.2.2.4	Diagnostic equipment	Диагностическое оборудование
FP.3.2.2.nec	Other and unspecified health care goods (n.e.c.)	Прочие различные медицинские товары (н.в.д.к.)
FP.3.2.1	Pharmaceuticals	Фармацевтические препараты
FP.3.2.1.1	ARV	АРВ
FP.3.2.1.2	TB drugs	ЛС для лечения туберкулеза
FP.3.2.1.3	Antimalarial medicines	Антималярийные препараты
FP.3.2.1.3.1	ACT	АКТ
FP.3.2.1.3.2	Other antimalarial medicines	Прочие антималярийные препараты
FP.3.2.1.4	Vaccines	Вакцины
FP.3.2.1.5	Contraceptives	Контрацептивы
FP.3.2.1.nec	Other pharmaceuticals (n.e.c.)	Прочие ЛС (н.в.д.к.)
FP.3.3	health care services	Немедицинские услуги
FP.3.3.1	Training	Обучение
FP.3.3.2	Technical Assistance	Техническая помощь
FP.3.3.3	Operational research	Операционное исследование
FP.3.3.nec	Other health care services (n.e.c.)	другие немедицинские услуги
FP.3.4	health care goods	Немедицинские товары
FP.3.nec	Other materials and services used (n.e.c.)	Другие использованные материалы и услуги (н.в.д.к.)
FP.4	Consumption of fixed capital	Потребление фиксированного капитала
FP.5	Other items of spending on inputs	Прочие статьи расходов на исходные ресурсы
FP.5.1	Taxes	Налоги

FP.5.2	Other items of spending	Прочие статьи расходов
FP.nec	Unspecified factors of health care provision (n.e.c.)	Прочие статьи расходов

## Классификация счета капитала – НК

HK	Capital health expenditure	Счет операций с капиталом
HKR	Capital Account Related items	Связанные со здравоохранением учетные статьи
HKR.4	Research and development in health	Исследования и развитие в здравоохранении
HKR.5	Education and training of health personnel	Образование и обучение медицинского персонала
HK.1	Gross capital formation	Валовое капиталообразование
HK.1.1	Gross fixed capital formation	Валовое накопление основного капитала
HK.1.1.1	Infrastructure	Инфраструктура
HK.1.1.1.1	Residential and residential buildings	Жилые и нежилые здания
HK.1.1.1.2	Other structures	Прочие строения
HK.1.1.2	Machinery and equipment	Машины и оборудование
HK.1.1.2.1	Medical equipment	Медицинское оборудование
HK.1.1.2.2	Transport equipment	Транспортное оборудование
HK.1.1.2.3	ICT equipment	ИКТ оборудование
HK.1.1.2.4	Machinery and equipment n.e.c.	Машины и оборудование, (н.в.д.к.)
HK.1.1.3	Intellectual property products	Продукты интеллектуальной собственности
HK.1.1.3.1	Computer software and databases	Компьютерное программное обеспечение и базы данных
HK.1.1.3.2	Intellectual property products n.e.c.	Продукты интеллектуальной собственности, (н.в.д.к.)
HK.1.2	Changes in inventories	Изменения в товарно-материальных запасах
HK.1.3	Acquisitions less disposals of valuables	Приобретения за минусом избавления от материальных ценностей
HK.1.nec	Unspecified gross capital formation (n.e.c.)	Прочее валовое капиталообразование (н.в.д.к.)
HK.2	produced financial assets	Непроизводственные нефинансовые активы
HK.2.1	Land	Земля
HK.2.2	Other produced financial assets	Прочие непроизводственные нефинансовые активы
HK.nec	Unspecified gross fixed capital formation (n.e.c.)	Прочее валовое накопление основного капитала (н.в.д.к.)

## **1.12 Потребление основного капитала: методологические основы оценки и анализ текущей ситуации (по регионам и формам помощи)**

Оглавление	
Введение.....	61
1. Методология определения понятия «потребление основного капитала», способы оценки и учета.....	62
2. Анализ текущего состояния амортизационных отчислений.....	66
3. Проект методики планирования объемов дополнительных денежных средств, предназначенных для включения амортизационных отчислений в тарифы на медицинские услуги.....	72
Заключение.....	77
Литература.....	78

## **Введение**

Знания о том, в каком состоянии функционирует имеющаяся инфраструктура в здравоохранении имеет колоссальное практическое значение для возможностей качества оказания медицинской помощи. Хоть система здравоохранения всегда считалась очень трудоемким сектором, с развитием научно-технического прогресса в здравоохранении капитал становится все более важным фактором производства медицинских услуг за последние десятилетия. Например, растущая важность диагностического и терапевтического оборудования или расширение информации, компьютерные и телекоммуникационные технологии в здравоохранении за последние несколько лет. Наличие статистических данных о капитале имеет важное значение для анализа системы здравоохранения: производственные мощности (то есть, является ли мощность подходящей, недостаточной или избыточной), которая в свою очередь, необходима для информирования о реализации политики (например, если существует избыточная емкость, предельные затраты на расширение охвата будут ниже, чем если бы система здравоохранения уже напрягаясь, чтобы заполнить текущий спрос). Информация о капитале может также помочь с оценкой производительности, капиталоемкости и нормы прибыли.

Данной работой мы рассмотрим методологию определения понятия «потребление основного капитала», каким образом проводится его оценка, методы учета, анализ текущего состояния амортизационных отчислений, обзор международных практик включения амортизационных отчислений в тарифы на медицинские услуги и сформируем предлагаемые методические подходы к расчету и включению амортизационных отчислений в казахстанской практике.

## **1. Методология определения понятия «потребление основного капитала», способы оценки и учета**

Валовое накопление основного капитала в системе здравоохранения измеряется общей стоимостью основных средств, которые поставщики медицинских услуг приобрели в течение отчетного периода (за вычетом стоимости выбытия активов) и которые используются многократно или непрерывно для более чем одного года в производстве медицинских услуг.

Активы определяются как «запас стоимости» или средство переноса стоимости из одного периода к другому.

Приобретение и выбытие основных средств учитываются, когда право собственности переданы поставщику медицинских услуг, который намеревается использовать их в производстве (в случае приобретений) или от поставщика медицинских услуг, который ранее использовал их в производство (в случае выбытия). Исключения из права собственности и изменения законных принципов собственности возможны в случай финансового лизинга или когда строительство основных средств охватывает длительный период времени, как это часто бывает в больничных зданиях (обычно несколько лет).

Финансовый лизинг - это форма договора, которая позволяет одной стороне (лизингополучателю) использовать актив в обмен на арендные платежи. В течение периода лизинга ответственность несет арендатор для ремонта и обслуживания актива. В конце срока лизинга лизингополучатель может купить актив. В этом случае актив отражается как валовое накопление основного капитала арендатора с начала периода лизинга.

Стоимость различных компонентов валового накопления определяется суммой приобретения за вычетом выбытия. Приобретения включают всю стоимость приобретенных основных средств и полученных в виде трансфертов капитала в натуральной форме плюс стоимость фиксированных активов, произведенные поставщиками медицинских услуг и сохраненные для собственного использования (например, программное обеспечение). Утилизация включает в себя стоимость существующих основных средств, проданных или сданных в обмен на капитальные переводы в натуральной форме.

Рассматривая вопросы капитaloобразования, необходимо отметить, что важной его частью является процесс потребления основного капитала. Со временем капитальные товары постепенно теряют свою стоимость. Это может быть связано либо с физическим использованием, либо моральным устареванием. Потребление основного капитала представляет собой вмененную стоимость актива, а не фактическую. Другими словами, это безналичные расходы.

Иными словами, потребление основного капитала (амортизация) - процесс переноса по частям стоимости основных средств и нематериальных активов по мере их физического или морального износа на себестоимость производимой продукции (работ, услуг). Срок полезного использования и

метод амортизации одного значительного компонента объекта основных средств могут полностью совпадать со сроком полезного использования и методом амортизации другого значительного компонента того же самого объекта. Такие компоненты можно объединять в группы при определении величины расходов по амортизации. Сумма амортизационных отчислений за каждый период должна признаваться в составе прибыли или убытка, за исключением случаев, когда она включается в состав балансовой стоимости другого актива.

Сумма амортизационных отчислений за какой-либо период обычно признается в составе прибыли или убытка. Однако иногда будущие экономические выгоды, заключенные в активе, потребляются в процессе производства других активов. В таком случае сумма амортизационных отчислений является частью первоначальной стоимости другого актива и включается в его балансовую стоимость. Например, суммы амортизации производственного здания и оборудования включаются в состав затрат на переработку материалов при производстве запасов.

Амортизуемая величина актива подлежит систематическому распределению на протяжении срока полезного использования этого актива.

Ликвидационная стоимость и срок полезного использования актива должны анализироваться на предмет возможного пересмотра как минимум по состоянию на дату окончания каждого отчетного года и, если ожидания отличаются от предыдущих оценочных значений, соответствующее изменение (изменения) должно отражаться в учете как изменение в бухгалтерских оценках

Амортизуемая величина актива определяется за вычетом его ликвидационной стоимости. На практике ликвидационная стоимость актива часто составляет незначительную величину и, следовательно, является несущественной при расчете амортизуемой величины.

Ликвидационная стоимость актива может увеличиваться до суммы, равной его балансовой стоимости или превышающей ее. Если это происходит, то сумма амортизации по этому активу равна нулю, если только и до тех пор, пока его ликвидационная стоимость впоследствии не станет ниже балансовой стоимости данного актива.

Амортизация актива начинается тогда, когда он становится доступен для использования, т. е. когда его местоположение и состояние позволяют осуществлять его эксплуатацию в режиме, соответствующем намерениям руководства. Амортизация актива прекращается на дату классификации этого актива как предназначенного для продажи (или включения его в состав выбывающей группы, которая классифицируется как предназначенная для продажи) или на дату прекращения признания данного актива в зависимости от того, какая из них наступает раньше. Следовательно, начисление амортизации не прекращается в случае простоя актива или изъятия его из эксплуатации, за исключением случаев, когда актив полностью самортизирован. Тем не менее при применении методов амортизации на

основе объема выработки сумма амортизационных отчислений может быть нулевой в течение времени, когда производство отсутствует.

Будущие экономические выгоды, заключенные в активе, потребляются организацией главным образом через его использование. Тем не менее действие других факторов, таких как моральное или коммерческое устаревание и физический износ при простое актива, часто приводит к уменьшению экономических выгод, которые могли бы быть получены от данного актива. Следовательно, при определении срока полезного использования актива необходимо принимать во внимание все перечисленные ниже факторы:

предполагаемое использование актива; использование оценивается на основе расчетной мощности или физической производительности актива;

предполагаемый физический износ, который зависит от производственных факторов, таких как количество смен, использующих данный актив, план ремонта и текущего обслуживания, а также условия хранения актива и поддержания его в рабочем состоянии во время простоев;

моральное или коммерческое устаревание, возникающее в результате изменения или усовершенствования производственного процесса или в результате изменения рыночного спроса на продукцию или услуги, производимые при помощи актива;

юридические или аналогичные ограничения по использованию актива, такие как истечение сроков соответствующих договоров аренды.

**Срок полезного использования актива определяется исходя из предполагаемой полезности актива для организации.** Политика организации по управлению активами может предусматривать выбытие активов по истечении определенного времени или после потребления определенной доли будущих экономических выгод, заключенных в соответствующем активе. Таким образом, срок полезного использования актива может оказаться короче, чем его экономический срок службы. Расчетная оценка срока полезного использования актива производится с применением профессионального суждения, основанного на опыте работы организации с аналогичными активами.

Земельные участки и здания представляют собой отдельные активы и отражаются в учете раздельно, даже если приобретены вместе. Здания имеют ограниченный срок полезного использования и, таким образом, являются амортизуемыми активами. Увеличение стоимости земельного участка, на котором расположено здание, не влияет на определение амортизуемой величины этого здания.

Рассматривая вопрос о методах амортизации, необходимо отметить, что используемый метод амортизации должен отражать предполагаемые особенности потребления организацией будущих экономических выгод от актива. Метод амортизации, применяемый в отношении актива, должен анализироваться на предмет возможного пересмотра как минимум по состоянию на дату окончания каждого отчетного года и, в случае

значительного изменения предполагавшихся особенностей потребления будущих экономических выгод, получаемых от актива, метод должен быть изменен с целью отражения изменившихся ожиданий. Такое изменение должно отражаться в учете как изменение в бухгалтерской оценке в соответствии с МСФО.

Для распределения амортизуемой величины актива на протяжении срока его полезного использования могут применяться различные методы амортизации. К ним относятся линейный метод, метод уменьшающего остатка и метод списания стоимости пропорционально объему продукции.

**Метод линейной амортизации** заключается в начислении постоянной суммы амортизации на протяжении срока полезного использования актива, если при этом не меняется ликвидационная стоимость актива. В результате применения **метода уменьшающего остатка** сумма начисляемой амортизации на протяжении срока полезного использования актива уменьшается. **Метод списания стоимости пропорционально объему продукции** состоит в начислении суммы амортизации на основе ожидаемого использования или ожидаемого уровня производительности. Организация выбирает тот метод, который наиболее точно отражает предполагаемые особенности потребления будущих экономических выгод, заключенных в активе. Выбранный метод применяется последовательно от одного отчетного периода к другому, кроме случаев, когда меняются ожидания в отношении особенностей потребления этих будущих экономических выгод.

## 2. Анализ текущего состояния амортизационных отчислений

Для анализа текущего состояния амортизационных отчислений медицинских организаций были использованы статистические формы «О финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения Республики Казахстан» за период с 2009 по 2018 годы, так как с 2009 года в формы отчетности были включены данные по специализированной врачебной помощи. Анализ представлен в разрезе форм помощи, организационно – правовых форм мед.учреждений, тип поселений, и доступных региональных данных.

1. **По формам помощи** (таблица 1). За рассматриваемый период величина амортизационных отчислений возросла в 4 раза по сравнению с 2019 годом и составила в 2018 году **51,9 млрд. тенге (+2% к предыдущему году)**, где:

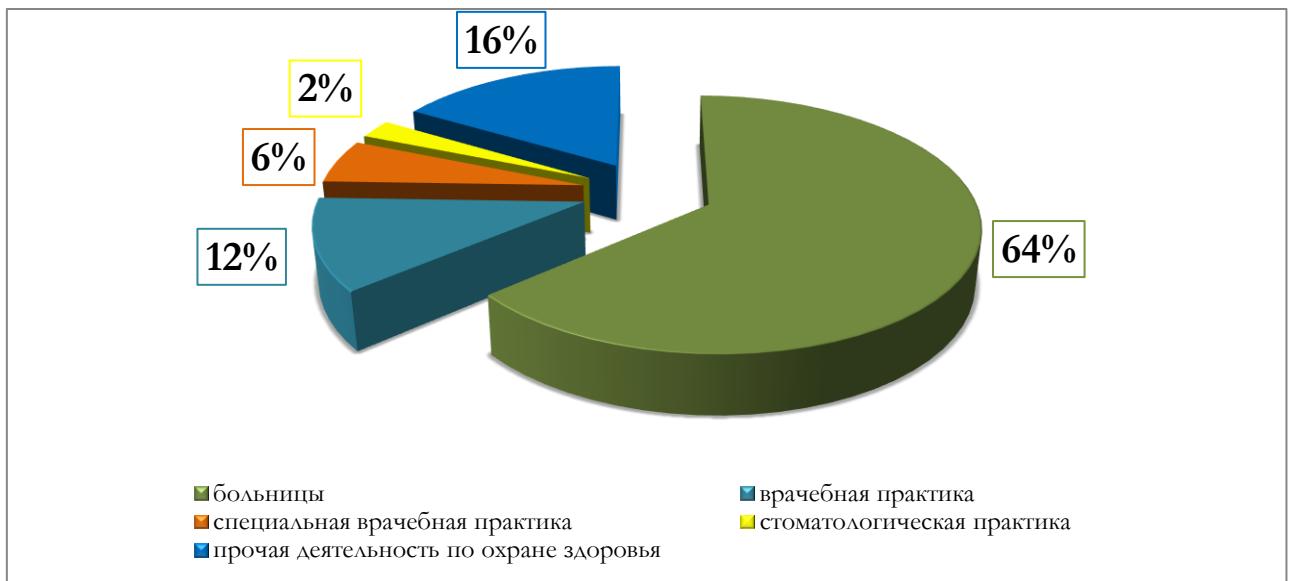
- ✓ **32,6 млрд. тенге** – отчисления по стационарной помощи (сократились на 3% относительно 2017 года);
- ✓ **5,8 млрд. тенге** – потребление капитала по ПМСМ (возросли на 18% к 2017 году);
- ✓ **3,3 млрд. тенге** – КДУ (возросли на 8% к 2017 году);
- ✓ **1,4 млрд. тенге** – стоматологические кабинеты (возросли на 32% к 2017 году);
- ✓ **8,9 млрд.тнг** – амортизационные отчисления от прочих видов деятельности по охране здоровья, не вошедших в выше перечисленные ( возросли на 7% к 2017 году)

**Таблица 1. Амортизационные отчислений организаций здравоохранения по формам помощи, млн. тенге**

Год	больницы	врачебная практика	специальная врачебная практика	стоматологическая практика	прочая деятельность по охране здоровья	Всего
2009	7 666	2 040	269	419	2 740	13 133
2010	10 673	1 519	540	445	2 356	15 533
2011	15 325	2 613	776	530	3 534	22 777
2012	18 176	2 998	1 639	537	4 115	27 466
2013	21 204	3 882	2 674	672	5 188	33 620
2014	19 634	4 449	3 022	890	5 032	33 026
2015	27 693	4 255	2 537	984	8 158	43 628
2016	28 851	6 305	2 744	980	7 029	45 909
2017	33 504	4 921	3 069	1 037	8 268	50 799
2018	32 617	5 819	3 313	1 367	8 875	51 991
<i>Среднее значение за период</i>	<i>21 534</i>	<i>3 880</i>	<i>2 058</i>	<i>786</i>	<i>5 529</i>	<i>33 788</i>

В среднем, за период с 2009 по 2018 годы больницы отчисляли на потребление основного капитала 21,5 млрд. тенге в год, ВОП – 3,9 млрд. тенге, КДУ – 2,1 млрд. тенге, прочая деятельность по охране здоровья – 5,5 млрд. тенге и стоматологические кабинеты по 786 млн.тенге ежегодно. Средняя величина совокупных амортизационных отчислений организаций здравоохранения составила 33,8 млрд. тенге в год.

Структура амортизационных отчислений по отрасли за рассматриваемый период не претерпела изменений (рисунок 1): наибольшую величину средств на потребление основного капитала направляют на оказание стационарной помощи.



**Рисунок 1. Структура амортизационных отчислений медицинских организаций (среднее значение за период с 2009 по 2018 годы)**

В 2018 году начисленное потребление основного капитала в разрезе форм медицинской помощи сложилось следующим образом:

- ✓ больничные организации – 62,7%;
- ✓ врачебная практика общая – 11,2%;
- ✓ специальная врачебная практика – 6,4%;
- ✓ стоматология – 2,6%;
- ✓ прочая деятельность по охране здоровья – 17,1%.

Наибольший ежегодный темп прироста наблюдался по специальной врачебной практике – 38% и стационарной помощи – 19%.

**Таблица 2. Темп прироста амортизационных отчислений**

Год	больницы	врачебная практика	специальная врачебная практика	стоматологическая практика	прочая деятельность по охране здоровья	Всего
2010	39%	-26%	101%	6%	-14%	18%
2011	44%	72%	44%	19%	50%	47%
2012	19%	15%	111%	1%	16%	21%
2013	17%	29%	63%	25%	26%	22%
2014	-7%	15%	13%	32%	-3%	-2%
2015	41%	-4%	-16%	11%	62%	32%
2016	4%	48%	8%	0%	-14%	5%

<i>2017</i>	16%	-22%	12%	6%	18%	11%
<i>2018</i>	-3%	18%	8%	32%	7%	2%
<i>Среднее</i>	19%	16%	38%	15%	17%	17%

Из анализа амортизационных отчислений в разрезе форм медицинской помощи следует, что **большая доля потребления основного капитала приходится на стационарную помощь**, где располагается оборудование, необходимое как для оказания стационарной, стационарнозамещающей помощи, так и проведения диагностических исследований в ходе пребывания пациента в больнице. Далее следует **прочая деятельность по охране здоровья**, так как данный класс, согласно ОКЭД ГК РК 03-2007 (Общий классификатор видов экономической деятельности) включает в себя **деятельность медицинских лабораторий**, таких как рентгеновские лаборатории и другие **диагностические центры**, использующие подобную аппаратуру, лаборатории анализа крови, деятельность банков крови, спермы, органов для трансплантации, **услуги транспорта** скорой медицинской помощи, включая авиационные услуги и т.д.

## 2. По форме собственности медицинских организаций (таблица 3).

В зависимости от формы собственности доля расходов, приходящихся на амортизацию, от государственных предприятий составляет 59%, от частных медицинских организаций – 39% и иностранные предприятия формируют совокупные амортизационные отчисления в размере 2%.

**Таблица 3. Потребление основного капитала в зависимости от формы собственности**

	Средняя величина амортизационных отчислений за 2009-2018			Доля амортизационных отчислений от текущих расходов (среднее значение за 2009-2018 годы)		
	Государственные предприятия	Частные организации	Иностранный собственность	Государственные предприятия	Частные организации	Иностранный собственность
<b>Амортизационные отчисления</b>	<b>20 348 608</b>	<b>12 812 098</b>	<b>627 577</b>	<b>3,4%</b>	<b>7,5%</b>	<b>7,3%</b>
<b>в том числе:</b>						
больницы	15 154 336	6 308 979	88 703	3,5%	8,4%	15,7%
общая врачебная практика	2 303 648	1 547 206	29 260	3,4%	5,8%	3,0%
специальная врачебная практика	467 725	1 472 751	130 967	2,8%	9,9%	4,9%
стоматологическая деятельность	63 159	679 486	43 535	2,9%	5,2%	6,9%
прочая деятельность по охране здоровья человека	2 359 739	2 803 676	365 950	3,4%	7,3%	7,8%

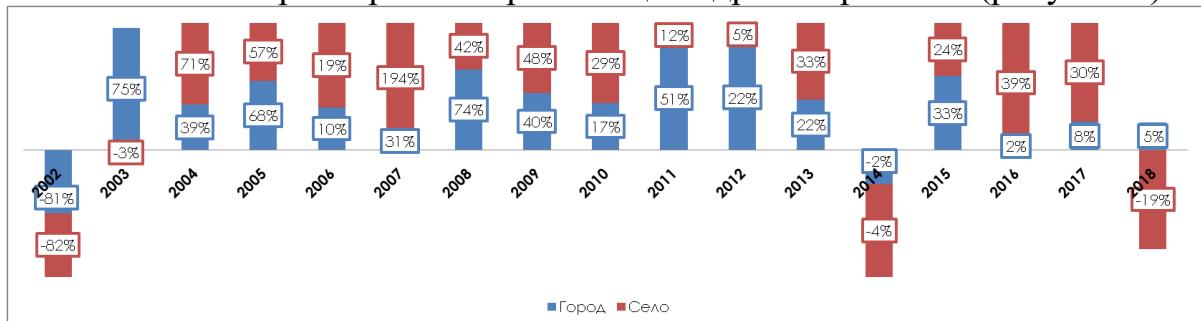
За аналитический период государственные медицинские организации в среднем ежегодно начисляют амортизационные расходы на сумму 20,3 млрд. тенге, в частные организации – 12,8 млрд. тенге и организации иностранной собственности – 627,5 млн. тенге. В государственных и частных

организациях наибольшая величина амортизационных отчислений приходится на стационарную помощь и прочую медицинскую помощь.

Относительно текущих расходов расходы на амортизацию в частных медицинских организациях составляют 7,5%, при этом от расходов на оказание специализированной врачебной помощи амортизация составляет 10%, от расходов на стационарную помощь амортизация в стационаре – 8,4% и прочая деятельность – 7,3%. Это объясняет тот факт, что цены на указанные формы медицинской помощи в частных организациях значительно превышают аналогичные услуги в государственном секторе – наличие высоких амортизационных отчислений в себестоимости услуг.

#### 4. По типу поселения, в котором располагается медицинское учреждение (город/село)

Далее рассмотрим особенности формирования амортизационных отчислений в зависимости от типа населенного пункта (город/село), формы собственности и размерности организаций здравоохранения (рисунок 2).



**Рисунок 2. Сравнительные данные по темпу прироста амортизационных отчислений для городской и сельской местностей.**

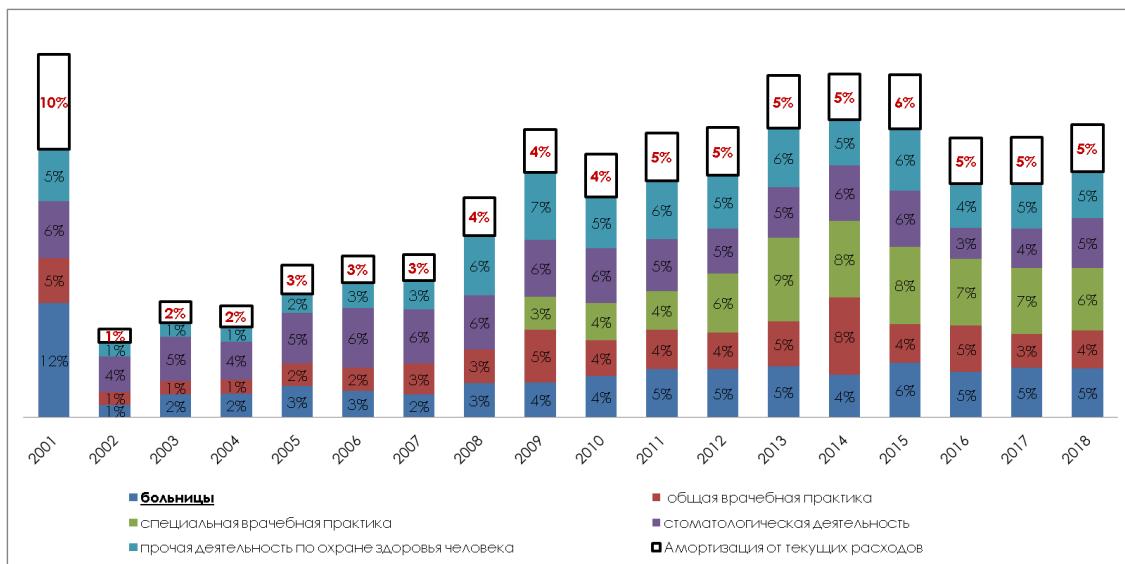
Средний ежегодный прирост амортизационных отчислений в городских медицинских организациях составил 24%, из них больницы - 31%, общая врачебная практика -25%, специальная врачебная практика - 38%, стоматологическая деятельность - 21% и прочая деятельность по охране здоровья человека – 31%.

Средний ежегодный прирост амортизационных отчислений в сельских медицинских организациях составил 29%, из них больницы - 30%, общая врачебная практика -29%, специальная врачебная практика - 46%, стоматологическая деятельность - 57% и прочая деятельность по охране здоровья человека – 10%

**Превышение прироста амортизационных отчислений сельской местности относительно города объясняется:**

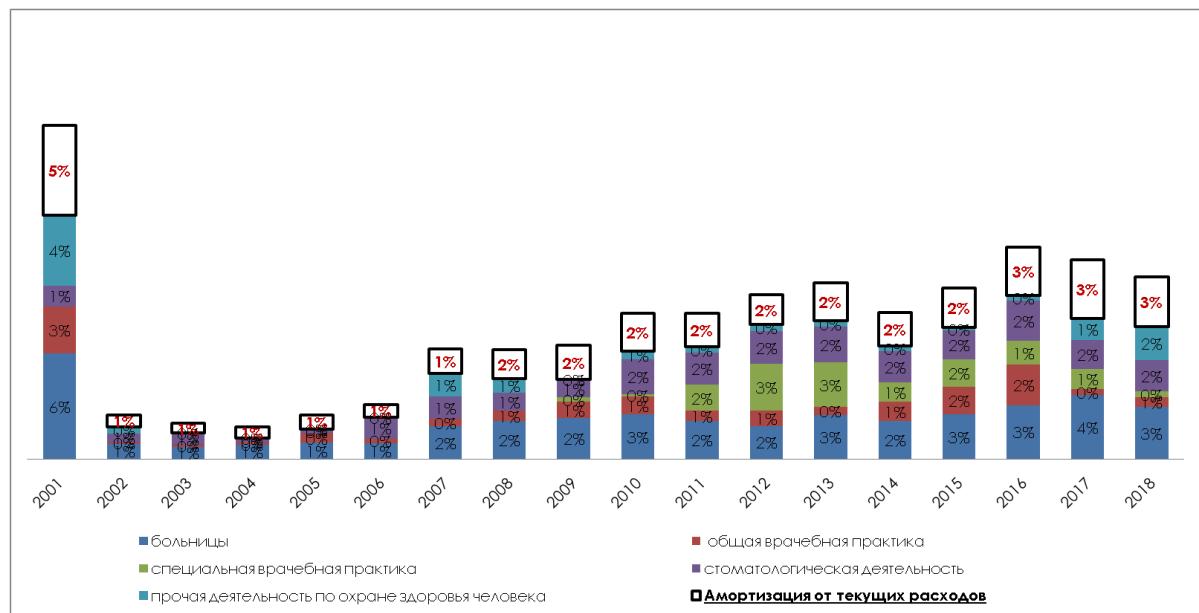
**1. Степенью изношенности: уровень износа по сельской местности превышает городской;**

**2. Дополнительным финансированием сельских организаций здравоохранения.**



**Рисунок 3. Доля расходов на амортизацию от текущих расходов на здравоохранение для городской местности**

Доля расходов на амортизацию от текущих расходов на здравоохранение для городской местности (рисунок 3) в среднем составила 4%, из них больницы - 4%, общая врачебная практика - 4%, специальная врачебная практика - 6%, стоматологическая деятельность - 5% и прочая деятельность по охране здоровья человека - 4%. Значительное сокращение доли претерпели амортизационные отчисления по стационарной помощи.



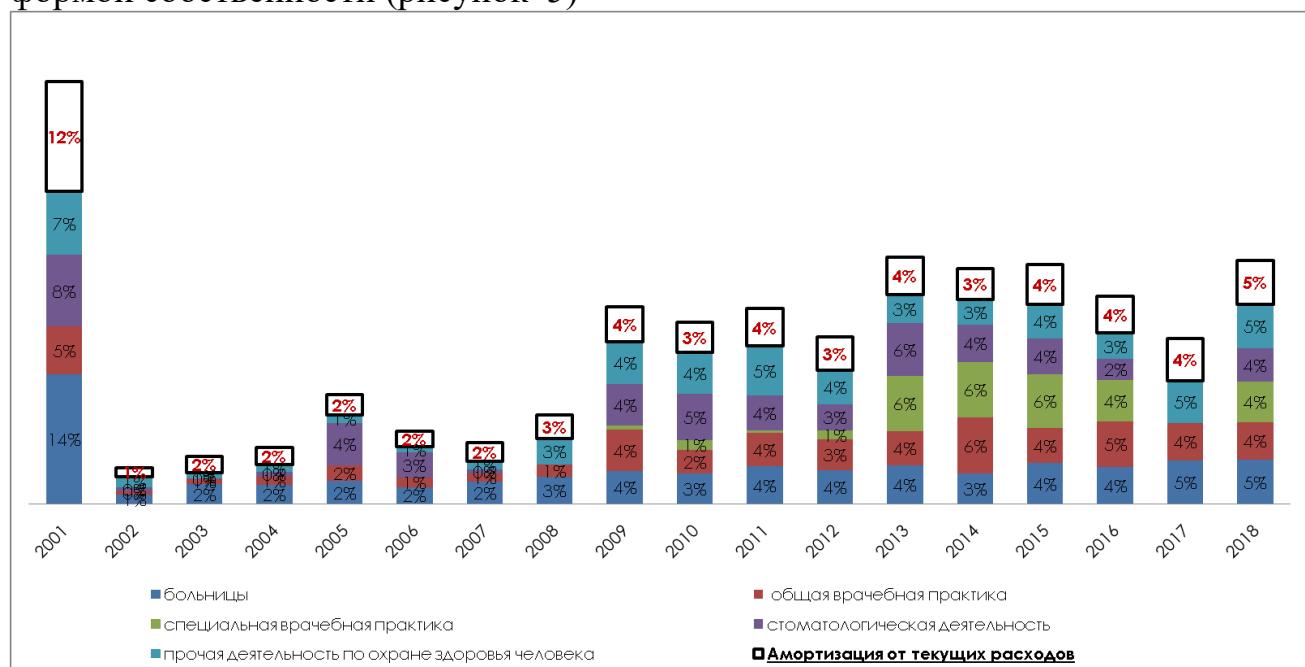
**Рисунок 4. Доля расходов на амортизацию от текущих расходов на здравоохранение для сельской местности**

Доля расходов на амортизацию от текущих расходов на здравоохранение для сельской местности (рисунок 4) в среднем составила 2%, из них больницы - 2%, общая врачебная практика, специальная

врачебная практика, стоматологическая деятельность и прочая деятельность по охране здоровья человека – 1%.

При распределении расходов на оказание медицинской помощи в городских организациях здравоохранения большая часть средств направляется на потребление основного капитала, в отличие от сельской местности, где в среднем амортизация занимает только 2% от расходов. Это **ведет к дальнейшему росту изношенности основного капитала в селе относительно города.**

В рамках данного отчета был проведен анализ амортизационных отчислений к текущим трансфертам по организациям с государственной формой собственности (рисунок 5)



**Рисунок 5. Доля амортизационных отчислений в государственных организациях здравоохранения от трансфертов на медицинскую помощь (текущее финансирование)**

При текущем уровне финансирования расходы медицинских организаций, относимые на амортизационные отчисления, к объему ГОБМП составили в 2018 году 5%, из них по стационарной помощи и прочей деятельности по охране здоровья – 5%, ПМСП и КДУ – 4%. В среднем, за период с 2001 года амортизационные отчисления составляли 3% от ГОБМП, что привело к необходимости в дополнительных денежным средствах на обновление основного капитала и росту уровня изношенности оборудования.

### **3. Проект методики планирования объемов дополнительных денежных средств, предназначенных для включения амортизационных отчислений в тарифы на медицинские услуги**

Посланием Елбасы в октябре 2018 года была озвучена инициатива о доведении расходов на здравоохранение, образование и науку до 10% от ВВП. В ходе обсуждений было установлено, что к 2024 году уровень расходов на здравоохранение от ВВП должен составить 5%. Прогнозная финансовая модель расходов предполагает включение расходов на амортизационные отчисления в тарифы на оказание медицинской помощи.

В настоящее время тарифы на оказание медицинской помощи формируются в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801.

Согласно данному приказу тарифы на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и в системе ОСМС включают затраты, связанные с деятельностью по оказанию медицинской помощи, на:

- 1) оплату труда работников организации здравоохранения;
- 2) налоги и другие обязательные платежи в бюджет, включая социальный налог, социальные отчисления;
- 3) приобретение (обеспечение) лекарственных средств и медицинских изделий и расходных материалов в соответствии с клиническими протоколами и Казахстанским национальным лекарственным;
- 4) питание и оснащение мягким инвентарем пациентов;
- 5) повышение квалификации и переподготовку кадров;
- 6) оплату коммунальных услуг: отопление, электроэнергия, горячая и холодная вода;
- 7) прочие расходы, в том числе услуги связи, включая интернет, командировочные расходы, проведение текущего ремонта, аренда помещения, приобретение (обеспечение) канцелярских, хозяйственных и горюче-смазочных товаров, прочих товаров и услуг, сервисное обслуживание, оплата банковских услуг;
- 8) на обновление основных средствах.

**Относится ли имущество медицинских организаций (в особенности государственных МО) к амортизируемым объектам?**

В соответствии с пунктом 2 статьи 228 Налогового Кодекса РК (далее - НК РК), к активам, не облагаемым амортизационными отчислениями, относят:

- 1) земельные участки;
- 2) объекты незавершенного строительства;
- 3) неустановленное оборудование;
- 4) активы со сроком службы более одного года, не используемые в деятельности, направленной на получение дохода, в том числе долгосрочные активы, предназначенные для продажи;
- 6) ценные бумаги;

- 7) доля участия;
- 8) инвестиционное золото;
- 9) основные средства, стоимость которых полностью отнесена на вычеты в соответствии с налоговым законодательством Республики Казахстан, действовавшим до 1 января 2000 года;
- 10) активы, введенные в эксплуатацию в рамках инвестиционного проекта по контрактам, заключенным до 1 января 2009 года в соответствии с законодательством Республики Казахстан об инвестициях, стоимость которых полностью отнесена на вычеты;
- 11) имущество, отнесенное к объектам социальной сферы в соответствии со статьей 239 НК РК. Напоминаем, что данной статьей в качестве объектов социальной сферы выделены имущественные комплексы в области организации отдыха, развлечений, в сфере науки, культуры, физической культуры и спорта, по сохранению историко-культурного наследия, архивных ценностей, а также имущество, являющееся объектом жилищного фонда.

Здания, сооружения и имеющееся оборудование медицинских организаций не входит ни в одну из указанных категорий, следовательно, данные объекты подлежат начислению амортизации. Здесь же отметим, что в государственный тариф входят расходы на проведение текущего ремонта здания, что позволяет не включать в расчет уровня необходимых средств на амортизационные отчисления, амортизацию зданий.

Таким образом, при планировании дополнительных денежных средств на амортизационные отчисления необходимо учитывать амортизацию используемого оборудования.

Проект методики планирования объемов дополнительных денежных средств, предназначенных для включения амортизационных отчислений в тарифы на медицинские услуги (далее – Проект) формируется в соответствии с Бюджетным кодексом Республики Казахстан (статья 45) от 4 декабря 2008 года (далее – Бюджетный кодекс) и рекомендуется к обсуждению и, в дальнейшем, к применению при определении объемов дополнительных денежных средств, предназначенных для покрытия амортизационных отчислений посредством тарифа на медицинские услуги на ежегодной основе для областей, городов республиканского значения, столицы.

Объем дополнительных денежных средств, предназначенных для включения амортизационных отчислений в тарифы на медицинские услуги, определяется как сумма денежных средств, распределяемая через государственный тариф на медицинскую услугу и направленная на покрытие расходов медицинской организации в обновлении основных средств. Проектом предлагается следующий механизм расчёта необходимого дополнительного объема денежный средств на амортизацию:

$$A_i^j = V_i^j * r^j$$

где:  $A_i^j$  - амортизационные отчисления для определенного вида медицинской помощи ( $j$ ) на соответствующий год ( $i$ );

$V_i^j$  – планируемый объем медицинской помощи ( $j$ ) на соответствующий год ( $i$ );

$r^j$  - доля амортизационных отчислений для определенного вида медицинской помощи ( $j$ ) от планируемого объема медицинской помощи.

Планируемые объемы расходов на оказание медицинской помощи на соответствующий год ( $V_i^j$ ) формируются в соответствии с ретроспективным анализом потребления услуг, приростом численности населения, имеющихся дефицитов и т.д.

Доля амортизационных отчислений для определенного вида медицинской помощи ( $j$ ) от планируемого объема медицинской помощи ( $r^j$ ) определена для каждого вида медицинской помощи:

- Оказание скорой медицинской помощи – 9,8%
- Первичная медико-санитарная помощь – 7,7%
- Консультативно-диагностическая помощь – 7,7%
- Стационарнозамещающая медицинская помощь – 13,5%
- Стационарная медицинская помощь – 13,5%
- Восстановительное лечение и паллиативная помощь – 7,7%
- Социально-значимые заболевания по перечню – 13,5%

При расчёте амортизационных отчислений для оказания скорой медицинской помощи, норма амортизации рассчитана в виде средней оценки величины амортизационных отчислений с 1 специализированной машины марки ГАЗ, первоначальная стоимость которой составляет 7,5 млн. тенге. Нормативный срок эксплуатации принят 7 лет. Расчётным путем получено, что ежегодно при использовании равномерного метода списания, норма амортизации составляет 7%.

Далее, по регионам собраны данные о среднегодовом количестве специализированного транспорта и рассчитаны приведенные ниже показатели.

№ п/п	Регион	Количество автомобилей	Бюджет	Амортизационны е отчисления в год	АО на 1 автомобил ь
1	Акмолинская	17	1 405 291	98 370	5 786
2	Актюбинская	69	1 255 712	87 900	1 274
3	Алматинская	192	407 000	28 490	148
4	Атырауская	68	957 133	66 999	985
5	г. Петропавловск (СКО)	23	574 792	40 235	1 749
8	г. Шымкент	102	2 586 569	181 060	1 775
9	Жамбылская область	61	1 387 654	97 136	1 592
11	Карагандинская	77	1 226 063	85 824	1 115
12	КЗО	88	2 408 559	168 599	1 916
13	г. Костанай	16	783 351	54 835	3 427
14	Мангистауская	80	491 365	34 396	430

15	Павлодарская	85	1 796 318	125 742	1 479
18	г. Алматы	215	7 371 183	515 983	2 400

Общее количество машин СМП	Общий объем регионального бюджета	Средний размер аморт.отчислений в год с 1 региона	Средняя величина отчислений на 1 имеющийся автомобиль	Общий объем отчислений за 1400 машин СМП
1400	22 650 990	87 900	1 592	2 229 346

Таким образом, средняя доля амортизационных отчислений от бюджета по регионам составляет 9,8%.

Для расчета величины расходов на амортизационные отчисления, достаточные для оказания первичной медико-санитарной помощи, консультативно-диагностической помощи, восстановительного лечения и паллиативной помощи использовались исходные данные, собранные АО «Казмедтех» при формировании базы расходов на медицинское оборудование в рамках реализации программы «100 школ 100 больниц». Оборудование было разделено на стоимостные категории до 5 млн. тенге, от 5 до 100 млн. тенге и свыше 100 млн. тенге.

Профиль	Стоимость МТ	Количество МТ	Сумма, тыс.тнг	Амортизация в год, тыс. тнг		Средний размер ГОБМП РК, тыс.тнг	Соотношение	Вес категории	Среднее значение
АПП 500 посещений	до 5 млн	788	111 631,00	11 163	44 298	849 259	5%	1,00	7,688%
	от 5 до 100 млн тенге	11	201 197,00	20 120					
	свыше 100 млн тенге	1	130 150,00	13 015					
АПП 250 посещений	до 5 млн	3 891	74 358,00	7 436	23 776	266 426	9%	2,00	13,49%
	от 5 до 100 млн тенге	10	163 403,00	16 340					
	свыше 100 млн тенге								

Загруженность оборудования определялась в зависимости от количества посещений (250,500). Путем использования метода средневзвешенной величины получено значение 7,7% от размера расходов на оказание данных видов медицинской помощи.

Аналогичный механизм расчета расходов на амортизационные отчисления использован для стационарозамещающей, стационарной медицинской помощи и социально-значимых заболеваний.

стационар 300 коек	до 5 млн	1 410	569 789	56 979	226 630	1 313 301	17%	3,00	13,49%
от 5 до 100 млн тенге	89	1 108 456	110 846						
свыше 100 млн тенге	3	588 051	58 805						
стационар 200 коек	до 5 млн	1 090	258 385	25 839	129 796	1 073 003	12%	2,00	13,49%
	от 5 до 100 млн тенге	34	398 625	39 863					
	свыше 100 млн тенге	2	640 950	64 095					
ЦРБ	до 5 млн	592	180 836	18 084	48 325	968 513	5%	1,00	13,49%
	от 5 до 100 млн тенге	13	152 309	15 231					
	свыше 100 млн тенге	1	150 100	15 010					

Загруженность оборудования определялась в зависимости от количества коек (200,300). Путем использования метода средневзвешенной величины получено значение 13,49% от размера расходов на оказание данных видов медицинской помощи.

Таким образом, полученные доли расходов на амортизационные отчисления в зависимости от вида медицинской помощи, могут быть использованы при планировании объемов дополнительных денежных средств, предназначенных для включения амортизационных отчислений в тарифы на медицинские услуги.

## **Заключение**

Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами, в том числе технической оснащенностью медицинских учреждений. Долгосрочные активы подвержены физическому и моральному износу, и использование устаревшего и изношенного оборудования негативно влияют на качество предоставляемых медицинских услуг. В связи с этим, тема амортизации основных средств требует тщательного изучения и внимания.

Согласно экономической теории амортизационные отчисления предназначены для простого воспроизведения объектов основных средств и являются собственным источником финансирования реальных инвестиций или капитальных вложений. На практике, в настоящее время, для финансирования реальных инвестиций используют чистую прибыль, целевое финансирование (как правило, бюджетные средства) и заемные средства (кредиты банков, займы других организаций).

В целях эффективного управления расходами и рентабельностью ежемесячно начисляемые суммы амортизации основных средств входят в себестоимость продукции (услуг, работ), поэтому очень важно включить расходы на амортизацию в расчет тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). После оплаты реализованной продукции суммы амортизации могут быть идентифицированы как будущие инвестиции, только при помощи аналитического учета. Отсутствие в управлении учете комплексной методики учета и контроля целевого использования сумм начисленной амортизации по основным средствам создают условия для их бесконтрольного нецелевого расходования. Из-за этого у организаций отсутствуют должные денежные средства на простое воспроизведение выбывающих объектов основных средств. В связи с этим необходимо разработать амортизационную политику медицинских учреждений, которая будет включать информацию о методах начисления амортизации, амортизационном фонде, его учете и управлении.

## **Литература**

1. О финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения Республики Казахстан. Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Статистика комитеті. 2001-2018. <http://stat.gov.kz/official/industry/63/statistic/5>
2. Учет основных средств в медицинских учреждениях Республики Казахстан, [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31423259#pos=6;-155](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31423259#pos=6;-155)
3. Консолидированная финансовая отчетность на 31.12.2017 АО «Национальный научный медицинский центр», <https://www.nnmc.kz/wp-content/uploads/2018/08/AO-NNMTS-konsolid-fin-otchetnost-2017.pdf>
4. Matukova-Yaruha, D (2016). Analysis of medical equipment usage efficiency, as a key element of material and technical resource management of healthcare institutions. *PeriodykNaukowyAkademiiPolonijnej*, 19 (4), 26-33, DOI: <http://dx.doi.org/10.23856/1902>.
5. Klein, J.D., Brown, A.D., Huynh, T.M (2013). Capital spending in healthcare: a missed opportunity for investment? *Canadianfoundationforhealthcareimprovement*, 1-30.