

DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2022-10-168-184

# Эволюция системы финансирования здравоохранения от Бисмарка к Файге<sup>1</sup>

**А.В. РАГОЗИН**, кандидат медицинских наук. E-mail: AVRagozin@fa.ru;  
ORCID: 0000–0003–4645–8765 SPIN: 2402–4500

**П.В. СТРОЕВ**, кандидат экономических наук. E-mail: PVStroev@fa.ru  
ORCID: 0000–0003–4770–9140 SPIN: 706–113

**В.В. ГРИШИН**, доктор экономических наук. E-mail: VVGrishin@fa.ru  
ORCID: 0000–0002–4356–8128 SPIN: 1270–7086

Институт региональной экономики Финансового университета  
при Правительстве РФ, Москва

**Аннотация.** Первопричину дефицита финансирования российской программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи авторы видят в отсутствии социальной и межрегиональной солидарности доходов системы ОМС, которая построена на отчислениях формально занятых работников и уплате взносов ОМС за неработающее население субъектами Федерации. В результате в финансировании ОМС не участвуют неформально занятые и те, кто живет на ренту и криминальные доходы, а взносы на неработающее население зависят от состояния бюджетов субъектов Федерации. В условиях высокой налоговой нагрузки на производство в России и дефицита бюджета многих регионов значимый рост финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи требует масштабного перераспределения федерального бюджета или создания механизмов социальной и межрегиональной финансовой солидарности. Авторы проводят анализ известных систем финансирования общедоступной медицинской помощи и предлагают в качестве системного решения замену существующей системы доходов ОМС универсальным налогом на автоматизированные платежные операции (Automated Payment Transaction – АPT), предложенным американским экономистом Э. Файге.

**Ключевые слова:** финансирование здравоохранения; налоги на труд; налог на автоматизированные платежные операции

## Введение

Хронический дефицит финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации – ключевая проблема отечественного здравоохранения. Государственные расходы России на здравоохранение

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета при Правительстве Российской Федерации.

(система ОМС + федеральный бюджет + бюджеты субъектов Федерации) многократно ниже аналогичного показателя развитых стран как в доле ВВП, так и в абсолютном выражении (табл. 1).

Таблица 1. ВВП и государственные расходы на здравоохранение в 2000–2018 гг.

Страна	Доллары США на душу населения по ППС		% ВВП	
	2000	2018	2000	2018
США	2017	5356	5.54	8.51
Япония	2204	3558	5.75	9.21
Южная Корея	238	1486	1.96	4.42
Австралия	1177	3747	5.47	6.41
Новая Зеландия	785	3021	5.56	6.89
Канада	1463	3671	6.03	7.93
Израиль	955	2151	4.29	4.86
Великобритания	1578	3392	5.60	7.86
Германия	1833	4251	7.73	8.88
Франция	1572	3441	6.97	8.26
Нидерланды	1400	3455	5.32	6.48
Италия	1107	2209	5.50	6.40
Испания	727	1926	4.92	6.32
Португалия	1361	683	5.90	5.78
Ирландия	1213	4056	4.58	5.12
Швеция	1836	5090	6.19	9.27
Австрия	1683	3893	6.83	7.55
Норвегия	7030	2409	6.30	8.57
Дания	2074	5215	6.74	8.45
Финляндия	1305	3547	5.37	7.10
Бельгия	1379	3723	5.96	7.82
Россия	57	362	2.98	3.16

**Источник.** Составлено авторами на основе данных: The World Bank. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/> (дата обращения: 14.10.2021).

В условиях низкого роста экономики и масштабной неформальной занятости в России возможности роста финансирования медицинской помощи за счет повышения отчислений занятых граждан представляются исчерпанными: налоговая нагрузка на труд и производство в целом в России в настоящее время значительно выше, чем в большинстве развитых стран (табл. 2).

Представляется, что в такой ситуации увеличение взносов на ОМС с высокой долей вероятности приведет к падению производства и дальнейшему росту бедности.

**Таблица 2. Налоговая нагрузка на труд в России и наиболее развитых странах OECD, (2020)**

Страна	Налоговый зарплатный «клин» (включая социальные отчисления) на одинокого работника без детей и иждивенцев со средней по стране заработной платой, %
Россия	43,0
Бельгия	51,5
Германия	49,0
Австрия	47,3
Франция	46,6
Италия	46,0
Швеция	42,7
Португалия	41,3
Финляндия	41,2
Испания	39,3
Нидерланды	36,4
Норвегия	35,8
Дания	35,2
Страны OECD	34,6
Япония	32,7
Ирландия	32,3
Великобритания	30,8
Канада	30,4
Австралия	28,4
США	28,3
Швейцария	22,1
Новая Зеландия	19,1

**Источник.** OECD.Data Live, Tax Wedge. URL: <https://data.oecd.org/tax/tax-wedge.htm#indicator-chart> (дата обращения: 15.11.2021).

В свою очередь, не может быть источником роста финансирования гарантий бесплатной медицинской помощи и увеличение страховых взносов за неработающее население, ответственность за уплату которых сегодня несут субъекты Федерации. По данным вице-премьера Т.А. Голиковой, имеет место «ситуация, когда платеж за неработающее население, консолидированный

платеж в целом по России, уже стал превышать дотацию, которую отдает федеральный бюджет на выравнивание уровня бюджетной обеспеченности. А в некоторых регионах ситуация складывается таким образом, что платеж за неработающее население в бюджет фонда ОМС стал больше, чем дотация на выравнивание бюджетной обеспеченности. То есть фактически идет переток через региональный бюджет в бюджет фонда ОМС»<sup>2</sup>.

При этом представляется сомнительной сегодняшняя система идентификации неработающего населения, к которому в соответствии с пунктом 5 части 1 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ относятся следующие категории граждан:

- дети до достижения возраста 18 лет;
- неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
- граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и вузах;
- безработные граждане, зарегистрированные в установленном порядке;
- один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до трех лет;
- трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
- иные не работающие по трудовому договору граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Нетрудно заметить, что сегодня субъекты Федерации несут обязанность за уплату взносов ОМС за значительную часть своего де-факто работающего (неформально и/или в теневой экономике) населения и тех, кто имеет рентные и криминальные доходы. Однако выявление таких граждан требует масштабных затрат: собранные взносы могут оказаться сопоставимы с расходами на их администрирование.

Таким образом, ресурсы существующей системы доходов ОМС представляются исчерпанными, а формируемый ими

---

<sup>2</sup> Голикова предложила освободить регионы от платежей за безработных. РБК [Эл. ресурс]. URL: [https://www.rbc.ru/politics/24/05/2018/5b06cbd39a7947403703c30a?story=5af980859a7947b069a0a9d3&from=center\\_3](https://www.rbc.ru/politics/24/05/2018/5b06cbd39a7947403703c30a?story=5af980859a7947b069a0a9d3&from=center_3) (дата обращения: 10.11.2021).

бюджет программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи – заведомо недостаточным. Поэтому видится актуальным поиск альтернативных и новых подходов к финансированию общедоступной медицинской помощи.

### Материал и методы

Для поиска решений проведен анализ известных систем финансирования общедоступной медицинской помощи, которые можно условно разделить на модели, преимущественно используемые в качестве источников доходов:

- а) личные доходы населения (условно «швейцарская»);
- б) денежную эмиссию («американская»);
- в) налогообложение труда («немецкая» модель Бисмарка);
- г) налог на труд в сочетании с общими налогами («британская» модель Бевериджа);
- д) налогообложение всех источников добавленной стоимости (труд, капитал, рента и потребление) (условно «новозеландская»). Эту модель авторы предлагают называть по имени создателя первого в мире «социального государства» премьер-министра Новой Зеландии (1935–1940) М. Сэвиджа;
- е) налогообложение потребления (целевой медицинский НДС) (условно «модель Ганы»).

**А. «Швейцарская» модель**, построенная на целевом обложении личных доходов населения (наемный труд, владение капиталом, имущественные права, для неимущих – спонсорская помощь или благотворительность), из развитых стран использует только Швейцария, ее граждане де-факто обязаны сами приобретать полисы медицинского страхования<sup>3</sup>. Преимущество модели – низкий «зарплатный налоговый клин»<sup>4</sup>, который в Швейцарии один из самых низких среди развитых стран (в 2020 г. – 22,1%) и по размеру близок к средней ставке корпоративного налога в этой стране (16%). Иначе говоря, Швейцария приблизилась к налоговому равенству между трудом и капиталом. Благодаря небольшому «зарплатному налоговому клину» поддерживается крайне низкая налоговая нагрузка на производство (в 2020 г. –

<sup>3</sup>European Observatory on Health Care Systems. (2000). Health Care Systems in Transition. Switzerland. 90 p.

<sup>4</sup> Tax Wedge – разница между заработной платой до и после налогообложения.

33,52%), по которой Швейцария в 2020 г. проигрывала только США (32,39%).

Однако такая модель требует высокого уровня производства и низкого экономического неравенства: Швейцария входит в ТОП-5 развитых стран по ВВП на душу населения (в 2019 г. – 72 008 долл. США по ППС, 82 484 долл. США по номиналу) и заняла в 2018 г. почетное 89-е место в мировом рейтинге коэффициента Джини – 29,3%<sup>5</sup>. Россия от таких показателей развития пока далека.

**Б. «Американская» модель:** финансирование медицинской помощи для значительной части населения за счет денежной эмиссии.

Очень низкий «зарплатный налоговый клин» в США (в 2020 г. – 28,3%) в значительной части поддерживается ростом государственного долга. По данным CMS (центра услуг Medicare и Medicaid Министерства здравоохранения и социальных служб США), на финансируемую из федерального бюджета программу Medicare приходится самый быстрый рост расходов американского здравоохранения, прогноз – в среднем 7,6% в год в период с 2019 г. по 2028 г.<sup>6</sup> Причина проста: превышение расходов Medicare над её доходами является безусловным обязательством американского казначейства<sup>7</sup>. В результате Medicare превратилась в основную источник госдолга США. По прогнозу Манхэттенского института, к 2050 г. долг достигнет суммы около 100 трлн долл., из них около 70 трлн придется на Medicare [Riedl, 2020]. По сути, США не только лечат своих стариков, но и удерживают рекордно низкую для развитой страны налоговую нагрузку на производство в значительной мере за счет остального мира, покупающего американские казначейские облигации. Вряд ли этот путь безопасен для стран, не являющихся эмитентами мировых денег.

**В. «Модель Бисмарка»** (налогообложение труда) предусматривает финансирование общедоступной медицинской

---

<sup>5</sup>The World Bank. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI> (accessed 28.10.2021).

<sup>6</sup>Centers for Medicare & Medicaid Services. URL: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet> (accessed 09.08.2021).

<sup>7</sup>Medicare Financial Status: In Brief Updated June 9, 2020. Congressional Research Service R43122. URL: <https://crsreports.congress.gov> (accessed 10.08.2021).

помощи за счет взносов, уплачиваемых работодателями и/или работниками – то есть за счет заработной платы. В подтверждение сошлемся на Систему национальных счетов (СНС) 2008 г. (раздел «Распределительные операции», код D11), которая относит социальные отчисления (уплачиваемые как самими работниками, так и работодателями) к заработной плате наемных работников<sup>8</sup>. Поэтому с точки зрения авторов, «модель Бисмарка» правильнее называть не социальным страхованием, а обязательным взаимным страхованием работников, оплаченным из их собственных зарплат. В полном соответствии с классической политэкономией «зарплатный налоговый клин» в развитых странах с «немецкой моделью Бисмарка» – Германии, Австрии и Бельгии – один из самых высоких среди развитых стран (в 2020 г. соответственно 49, 47 и 51%), отсюда и наиболее высокие показатели налоговой нагрузки на производство в этих странах – соответственно 54, 53 и 61%.

Очевидно, что использование такой системы для финансирования общедоступной медицинской помощи требует высокого уровня производства, преимущественно формальной занятости и ограниченного сектора «теневого экономики». Неслучайно в конце XIX – начале XX века система Бисмарка в европейских странах давала гарантии медицинской помощи лишь наемным работникам, постепенно расширяясь на другие группы населения по мере роста экономики [Cutler, Johnson, 2004]. Сегодня этим же эволюционным путем модели идёт Китай, который дает очень ограниченный доступ к медицинским гарантиям (преимущественно госслужащим и городским наемным рабочим); остальное население должно покупать (пусть и с государственной поддержкой, или на кооперативных началах) полисы добровольного медицинского страхования со скромным покрытием [Dong et al., 2021]. Представляется, что возврат к этой модели в странах с уже созданной универсальной системой гарантий (например, в России) связан с высоким риском социального взрыва.

**Г. «Британская»** так называемая «**модель Бевериджа**», основанная на налогообложении труда работников (как в «модели Бисмарка») в сочетании с общими налогами для страхо-

---

<sup>8</sup>Система национальных счетов 2008. Европейская комиссия, Международный валютный фонд, Организация экономического сотрудничества, Организация Объединенных Наций и Всемирный банк, 2012. 827 с.

вания неработающих, дала возможность большинству развитых стран быстрее достичь универсального медицинского покрытия всему населению [Webster, 1998; Light, 2003]. Поэтому страны с «классической» британской моделью (Великобритания, Канада, Ирландия) демонстрируют показатели как «зарплатного налогового клина», так и налоговой нагрузки на производство несколько ниже, чем страны с «моделью Бисмарка» (см. табл. 2).

Если предыдущие модели финансирования социальных гарантий опирались на немногочисленные источники доходов (только труд, только государство; труд в сочетании с общими налогами), то «новозеландская», с некоторыми поправками, «советская», а также «модель Ганы» предусматривают финансирование социальных гарантий за счет относительно равномерного распределения фискальной нагрузки.

**Д. «Новозеландская» модель** строилась на обложении всех основных источников добавленной стоимости: труда, капитала, рентных прав и потребления. Этот подход параллельно и поразному развивался в двух очень разных, на первый взгляд, группах государств: с одной стороны, в СССР и других странах социалистического лагеря, с другой – в странах Океании: сначала в Новой Зеландии, затем в Австралии.

В конце XIX – начале XX века по ряду географических, исторических и культурных причин эти страны оказались «слабым звеном» капитализма: в них было сильное рабочее движение. Однако если в России взяли верх сторонники революции (большевики), то в рабочем движении Новой Зеландии и Австралии возобладали сторонники мирного пути поиска баланса между трудом и капиталом.

В результате эти государства стали своеобразной социальной лабораторией капитализма – и, возможно, наилучшей социальной альтернативой советскому коммунизму в XX веке [Scott, 1951]. Уникальность этих стран признавалась Лениным: «Что это за оригинальная капиталистическая страна, в которой рабочие преобладают в верхней палате, а недавно преобладали и в нижней, а капиталистический строй не подвергался никакой опасности?... Пример Австралии – одна из иллюстраций того, при каких условиях возможны исключения из правила. Правило это – социалистическая рабочая партия в капиталистической стране.

Исключение – либеральная рабочая партия, возникающая лишь на некоторое время в силу особых, ненормальных для капитализма вообще условий» [Ленин, 1970].

Уже в конце XIX века в Новой Зеландии и Австралии были созданы влиятельные лейбористские партии, которые вопреки надеждам Ленина на их недолгий век до сих пор входят в число правящих. В 1898 г. в Новой Зеландии был принят закон о пенсиях по возрасту, которые впервые в мире финансировались не за счет фонда оплаты труда (т.е. самих работников), а из общих налогов; в 1912 г. аналогичный закон принимает Австралийское Содружество. В 1923 г. – новый социальный эксперимент: Австралия приняла схему страхования от безработицы, финансируемую тремя сторонами: работодателем – из прибыли, работником – из заработка и правительством – из государственного бюджета [Herscovitch, Stanton, 2008]. Следующий шаг – создание в этих странах «государства всеобщего благосостояния».

Вопреки распространенным ошибочным представлениям о создании первого welfare state в Великобритании после Второй мировой войны, на самом деле система общедоступных социальных гарантий впервые в мире появилась в 1938 г. в Новой Зеландии, а затем в период Второй мировой войны – в Австралии. Поэтому welfare state правильнее называть не системой Уильяма Бевериджа, а системой Майкла Сэвиджа – премьер-министра Новой Зеландии от лейбористской партии (1935–1940 гг.), усилиями которого был принят Акт о социальном обеспечении 1938 г. [McClure, 1998].

Важно отметить, что если британская бюджетная модель welfare state (и её реплики в остальных развитых странах) использует бисмарковское налогообложение труда, добавив к нему общие налоги для страхования неработающих, то Новая Зеландия и Австралия отказались от социальных взносов или налогов с зарплат. Социальные гарантии в них предоставляются не за счет заработной платы, а дополнительно к ней – прежде всего за счет налога на прибыль, налога на доходы физических лиц (который в Новой Зеландии носит глобальный характер) и налога на потребление (GST, аналог НДС). Последнее обстоятельство представляется важным: будучи налогом на потребление, НДС обеспечивает участие в финансировании социальных гарантий теневой экономики, неформально занятых и живущих на крими-

нальные доходы. Закономерный результат – Новая Зеландия имеет рекордно низкий среди развитых стран «зарплатный налоговый клин» (19,1%), а в Австралии (28,4%) он немногим выше, чем в Швейцарии и практически такой же, как в США.

Другой страной, где началось развитие модели финансирования социальных гарантий за счет всех источников добавленной стоимости, стала советская Россия. Есть основания полагать, что лидеры российского рабочего движения были информированы о социальных экспериментах на другой стороне земного шара. Тема связи социальных реформ большевиков с австралийским и новозеландским опытом в финансировании социальной сферы требует отдельных исследований. Факты же таковы, что в 1912 г. на Пражской всероссийской конференции РСДРП при обсуждении законопроекта о государственном страховании рабочих В. Ленин обратил внимание на недостатки созданных к тому времени в большинстве стран Европы систем Бисмарка – прежде всего на его оплату за счет самих работников. В качестве альтернативы большевики выдвинули так называемую ленинскую страховую рабочую программу, многие аспекты которой напоминали путь социальных реформ Австралии и Новой Зеландии.

Так, принципами ленинской программы были определены: государственный (некоммерческий) характер страхования; солидарность страхования за счет предприятия и государства без каких-либо взносов самих застрахованных работников и даже принцип единого плательщика – осуществление всех видов страхования единым органом, построенным по территориальному принципу [Ленин, 1970]. Поэтому обсуждаемая сегодня в России идея объединения внебюджетных фондов – не что иное, как возврат к ленинской социальной программе.

Последующее развитие этих идей в СССР привело к созданию общественных фондов потребления – инструмента перераспределения части созданной всем народным хозяйством добавленной стоимости для социального обеспечения населения жильем, а также бесплатными услугами здравоохранения, образования, физической культуры, организованного отдыха, культуры, социальной защиты и социального обеспечения [Макарова, 1973]. Представляется, что диверсификация источников финансирования социальных гарантий позволила снизить налоговую нагрузку производства

и обеспечить экономический рост СССР прежде всего в отраслях с высоким уровнем трудозатрат (индустриализация).

Таким образом, интегрирующая основные источники добавленной стоимости солидарная модель финансирования социальных (в том числе медицинских) гарантий была практически одновременно создана и получила развитие как в СССР, так и в Новой Зеландии и Австралии. Однако судьба их оказалась различной в силу того, что данная модель требует высокого уровня национального согласия и сложной системы институциональных правил, норм и стимулов.

**Е. «Модель Ганы».** Относительно новый подход к финансированию медицинских гарантий – попытки использовать налогообложение потребления с помощью целевого НДС. Таким образом с 2003 г. финансируется национальная система медицинского страхования в Гане, где на здравоохранение уходит 2,5% из общей суммы 17,5% НДС – тем самым обеспечивая до 90% бюджета здравоохранения этой африканской страны. В Италии 38,5% собираемого НДС предназначается для выравнивания финансирования общедоступного пакета медицинских услуг между богатыми и бедными регионами. Есть точка зрения, что НДС – вероятно, наиболее подходящий путь для финансирования здравоохранения в странах с низким и средним доходом и масштабной неформальной занятостью [Bird, Gendron, 2006; Savedoff, 2004; Cashin et al., 2017], к которым мы относим и Россию.

## **Социальный НДС**

### **вместо социальных отчислений с зарплат?**

Системное развитие идеи «социального НДС» видится в предложенной американским экономистом немецкого происхождения Э. Файге концепции замены существующих налоговых систем одним небольшим налогом на все автоматизированные платежные операции – Automated Payment Transaction, АРТ [Feige, 2001]. По сути, это микро-НДС, взимаемый с каждой экономической транзакции, в ходе которой прямо или опосредованно всегда создается какая-то добавленная стоимость. Важно, что и наличный оборот будет обложен таким же небольшим налогом, взимаемым с каждой операции снятия наличных и их внесения на безналичный счет. С точки зрения разработчиков этой концепции, данный подход

позволит заменить этим нечувствительным налогом не только социальные отчисления, но и всю налоговую систему в целом. Предполагается, что глобальный характер и социальная солидарность налога на АРТ обеспечат максимально возможную налогооблагаемую базу и поэтому его ставка будет очень небольшой.

На наш взгляд, для России данный подход крайне интересен: по официальным данным, в 2020 г. объем переводов через платежную систему Банка России превысил объем ВВП в 15,5 раза, по темпам роста безналичных платежей Россия вышла на первое место в мире, а доля безналичных платежей в ее розничном обороте достигла 70,3%<sup>9</sup>.

По сути, Э. Файге предлагает глобальную перестройку архитектуры всей существующей системы налогообложения личных и корпоративных доходов, продаж, акцизов, прироста капитала, импортных и экспортных пошлин, налогов на дарение и наследство с их заменой единым налогом АРТ, который рассчитывается и взимается автоматически при расчетах по транзакциям с использованием электронных технологий банковской платежной системы. Однако сам же предупреждает, что, как и все налоги, налог АРТ создает новые искажения, затраты которых необходимо сопоставить с выгодами, полученными в результате реформирования налоговой системы. Так, Файге пишет о том, что пока нет технических возможностей для корректной оценки транзакционных издержек, которые будут вызваны этим налогом. Другой блок проблем связан с механизмами уклонения от уплаты налога АРТ – например, с помощью бартера или сделок через офшоры, что Файге предлагает решать с помощью специальных транснациональных штрафов [Feige, 2008].

Поэтому авторы предлагают использовать идею Файге только в отношении социального страхования, заменив социальные отчисления с зарплат налогом АРТ и тем самым обеспечив максимальную солидарность взносов за медицину, пенсионное обеспечение и другие социальные гарантии.

Попробуем верифицировать это предположение, рассчитав примерный размер ставки единого универсального налога АРТ

---

<sup>9</sup>Результаты наблюдения в национальной платежной системе за 2020 год. Банк России, 2021 [Эл. ресурс]. URL: [http://www.cbr.ru/content/document/file/124727/results\\_2020.pdf](http://www.cbr.ru/content/document/file/124727/results_2020.pdf) (дата обращения: 25.10.2021).

для замены системы доходов государственных внебюджетных фондов; консолидированного бюджета здравоохранения (ФФОМС, федеральный бюджет и бюджеты субъектов Федерации) и бюджета «здравоохранения России будущего», размер которого соответствует мировым практикам финансирования универсального (доступного всем гражданам) медицинского покрытия в странах, похожих на Россию размером и развитием территорий. В качестве модели для сравнения выбрана Канада (государственные расходы на здравоохранение в 2018 г. – 7,93% ВВП, для удобства расчетов округлено до 8%).

Другой кандидат для сопоставления – Австралия – представляется неудачным примером в силу того, что медицинское покрытие в этой стране является не универсальным, а двухуровневым – т.е. программа государственных медицинских гарантий жестко ограничена набором общедоступных услуг и при этом функционально интегрирована с системой частного здравоохранения, предоставляющего услуги, не покрываемые базовой программой [Flood et al., 2020].

1. Расчет примерного размера ставки единого универсального налога АТР (без учета налогообложения наличного оборота) для замены существующей системы доходов государственных внебюджетных фондов за 2020 г.

А. В 2020 г. общий бюджет внебюджетных фондов был исполнен по доходам в размере 13,6 трлн руб., в том числе:

- бюджет ПФР – 10,3 трлн руб.<sup>10</sup>;
- бюджет ФФОМС – 2,4 трлн руб.<sup>11</sup>;
- бюджет ФСС – 0,9 трлн руб.<sup>12</sup>

Б. В течение 2020 г. только через системно значимую платежную систему Банка России (ПС БР) было совершено 1,8 млрд переводов денежных средств на сумму 1657,6 трлн руб.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Федеральный закон «Об исполнении бюджета Пенсионного фонда Российской Федерации за 2019 год» от 15.10.2020 № 316-ФЗ.

<sup>11</sup> Федеральный закон от 25 октября 2021 г. № 362-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2020 год».

<sup>12</sup> Федеральный закон от 25.10.2021 № 363-ФЗ «Об исполнении бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации за 2020 год».

<sup>13</sup> Результаты наблюдения в национальной платежной системе за 2020 год. Банк России, 2021 [Эл. ресурс]. URL: [http://www.cbr.ru/content/document/file/124727/results\\_2020.pdf](http://www.cbr.ru/content/document/file/124727/results_2020.pdf) (дата обращения: 25.10.2021).

Исходя из приведенных данных, всю систему доходов бюджетов государственных внебюджетных фондов в 2020 г. можно было бы заменить одним «социальным» налогом АРТ со ставкой 0,82%, которую можно разделить пополам между плательщиком и получателем платежа, т.е. ставка для каждого участника платежа составит 0,41%.

2. Расчет примерного размера ставки единого универсального налога АТР (без учета налогообложения наличного оборота) для замены существующей системы доходов консолидированного бюджета здравоохранения (ФФОМС, федеральный бюджет и бюджеты субъектов Федерации) за 2020 г.

Консолидированный бюджет здравоохранения (ФФОМС, федеральный бюджет и бюджеты субъектов Федерации) за 2020 г. составил 4,9 трлн руб.<sup>14</sup>

Исходя из этого, всю систему его доходов в 2020 г. можно было бы заменить одним «медицинским» налогом АРТ со ставкой 0,29%, т.е. ставка для каждого участника платежа составит всего 0,145%.

3. Расчет примерного размера ставки единого универсального налога АТР (без учета налогообложения наличного оборота) для аналогичного канадскому бюджету «здравоохранения России будущего» (8% ВВП).

По данным Росстата, ВВП России в 2020 г. в текущих ценах составил 106,6 трлн руб., 8% ВВП = 8,528 трлн руб. Исходя из этих данных, для обеспечения «канадского» бюджета здравоохранения России было бы достаточно целевого медицинского налога АРТ со ставкой 0,51%, т.е. ставка для каждого участника платежа составит всего 0,25% – иначе говоря, 25 копеек со 100 руб. каждого безналичного платежа.

## Выводы

В условиях текущего состояния экономики России и масштабной неформальной занятости ресурсы существующей системы доходов ОМС представляются исчерпанными,

---

<sup>14</sup> Исполнение федерального бюджета и бюджетов бюджетной системы Российской Федерации за 2020 год. Министерство финансов Российской Федерации, Москва, 2021 [Эл. ресурс]. URL: [https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2021/03/main/Ispolnenie\\_2020\\_god.pdf](https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2021/03/main/Ispolnenie_2020_god.pdf) (дата обращения: 25.10.2021).

а формируемый ими бюджет программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам страны – недостаточным.

Из существующих моделей финансирования общедоступной медицинской помощи наиболее эффективной с точки зрения снижения налоговой нагрузки на труд в частности и на производство в целом представляется используемая Новой Зеландией и Австралией интегрированная модель, которая предусматривает освобождение труда от социальной налоговой нагрузки с её относительно равномерным распределением на все источники добавленной стоимости: подоходный налог, налог на прибыль и НДС. Однако успешное использование этой модели требует целого ряда условий: высокого уровня национального согласия и сложной, сбалансированной системы эффективных институциональных правил, норм и стимулов. Поэтому представляется, что использование такой модели пока недоступно современной России.

Наиболее перспективной и многообещающей представляется замена существующей в России системы уплаты взносов ОМС целевым медицинским налогом на автоматизированные платежные операции.

## Литература/References

- Ленин В. И.* В Австралии. Полн. собр. соч. 1970. Т. 23. С. 291.  
Lenin, V.I. In Australia. (1970). Collected Works. T. 23. P. 291. (In Russ.).
- Ленин В. И.* Полн. собр. Соч. 1970. Том 21. С. 146–147.  
Lenin, V.I. (1970). Collected Works T. 21. Pp. 146–147. (In Russ.).
- Макарова М. Ф.* Общественное производство и народное потребление при социализме. М.: Политиздат. 1973. 79 с.  
Makarova, M.F. (1973). Social production and popular consumption under socialism. Moscow. Politizdat. 79 p. (In Russ.).
- Bird, R., Gendron, P-P. (2006). *Is VAT the best way to impose a general consumption tax in developing countries?* В Int Taxation. Pp. 287–96.
- Brian, Riedl. (2020). *Why Deficits Still Matter*. Manhattan Institute Issue Brief, Feb. 12. 11 p.
- Cashin, C., Sparkes, S., Bloom, D. (2017). *Earmarking for health: from theory to practice* / Health Financing Working Paper. No. 5, World Health Organization. 78 p.

Cutler, D.M., Johnson, R. (2004). *The Birth and Growth of the Social Insurance State: Explaining Old Age and Medical Insurance Across Countries*. Public Choice. 120 p.

Dong, W.; Zwi, A.B.; Bai, R.; Shen, C.; Gao, J. Benefits. (2021). *Associated with China's Social Health Insurance Schemes: Trend Analysis and Associated Factors Since Health Reform*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 5672. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115672>

Feige, Edgar L. (2001). Rethinking Taxation: The Automated Payment Transaction (APT) Tax. EconWPA, Public Economics.16 p.

Feige, Edgar L. (2008). *Starting Over: The Automated Payment Transaction Tax University of Wisconsin*, Madison March. Available at: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/11533/> MPRA Paper. No. 11533, posted 12 Nov 2008 09:50 UTC

Flood, Colleen M., and Bryan Thomas, editors. (2020). *Is Two-Tier Health Care the Future?* University of Ottawa Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdctx.1>

Herscovitch, A., Stanton, D. (2008). History of social security in Australia. Family matters (Melbourne, Vic.). Pp. 51–60.

Light, DW. (2003). *Universal health care: lessons from the British experience*. Am J Public Health. 93(1):25–30. DOI:10.2105/ajph.93.1.25

McClure, Margaret. (1998). *A civilised community: a history of social security in New Zealand, 1898–1998*. Auckland University Press in association with the Historical Branch, Dept. of Internal Affairs.

Riedl, B. (2020). *Why Deficits Still Matter*. Manhattan Institute Issue Brief, Feb. 12. 11 p.

Savedoff, W. (2004). *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*. World Health Organization, Geneva. 22 p.

Scott, S. (1951). *Outline History of the New Zealand Labour Movement*. Auckland. P. 4.

Webster, Ch. (1998). *The National Health Service: A Political History* by. Oxford University Press, Oxford. 256 p. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.1013a.x>

Статья поступила 23.11.2021

Статья принята к публикации 09.06.2022

**Для цитирования:** Рагозин А.В., Строев П.В., Гришин В.В. Эволюция системы финансирования здравоохранения от Бисмарка до Файге // ЭКО. 2022. № 10. С. 168–184. DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2022-10-168-184

**For citation:** Ragozin, A.V., Stroeve, P.V., Grishin, V.V. (2022). Evolution of Health Care Financing from Bismarck to Feige. *ECO*. No. 10. Pp. 168–184. (In Russ.). DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2022-10-168-184

## Summary

*Ragozin, A.V., PhD in Medicine. E-mail: AVRagozin@fa.ru*

*Stroev, P.V., PhD in Economics. E-mail: PVStroev@fa.ru*

*Grishin, V.V., Doct. Sci. (Econ.). E-mail: VVGrishin@fa.ru*

*Institute of Regional Economics and Interbudget Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow*

### **The Evolution of Health Care Financing from Bismarck to Feige**

**Abstract.** The authors see the primary reason for the deficit in financing the program of state guarantees of free medical care for citizens of the Russian Federation in the lack of social and inter-regional solidarity of revenues of the MHI system, which is built on the taxation of the labor of formally employed workers and the payment of MHI contributions for the non-working population by the subjects of the Federation. As a result, the informally employed and those who live on rent and criminal income do not participate in the financing of MHI, and the contributions for the non-working population depend on the state of the budgets of the subjects of the Federation. Given the high tax burden on production in Russia and the budget deficit of many regions, a significant increase in funding for the program of state guarantees of free medical care requires a large-scale redistribution of the federal budget or the creation of mechanisms of social and inter-regional financial solidarity. The authors analyze the known systems of financing publicly available health care and propose as a system solution to replace the existing MHI revenue system with a universal tax on automated payment transactions (ATT), proposed by American economist E. Feige.

**Keywords:** *healthcare financing; labor taxes; tax on automated payment transactions*